



Eric Rumeau
Directeur de la santé et de l'autonomie
Conseil général de l'Isère

Véronique Chirié
Directrice du TASDA
Technopôles Alpes Santé à Domicile et
Autonomie

Business Modèle pour l'e.santé : Les hypothèses du démonstrateur Autonom@Dom, plateforme de télésanté/télémédecine

Sommaire :

1. Introduction	1
2. Faire émerger un business model comme condition d'émergence d'un marché.....	2
2.1. Les trois éléments constituant le cœur d'un système de marché appliqué à l'e.santé par la démarche Autonom@Dom	3
1.1.1 Les valeurs exprimées par les cibles d'Autonom@Dom	3
2.1.1 La proposition de valeurs d'Autonom@Dom	5
3.1.1 Le réseau de valeur de Autonom@Dom	5
2.2. Les points clés du modèle économique associé à ce réseau de valeur	6
3. Le processus de création d'un marché de plateforme de télésanté/médecine.....	7
3.1. Créer et maintenir une relation forte entre les valeurs du clients/usagers/solvabilisateur et la proposition de valeur : l'apport de la démarche living lab.....	7
3.2. Disposer d'une allocation de ressource suffisante et adaptée aux attentes des différents acteurs de l'écosystème	7
4. L'enjeu de la fonction du « courtier » pour l'industrialisation de plateformes de télésanté/télémédecine	13
4.1. Le « courtier » : l'acteur de l'horizontalisation des services	13
4.2. En synthèse.....	14

1. Introduction

« Au regard de l'allongement de la durée de la vie, de l'explosion des coûts de prise en charge, de la pénurie de médecins, la télésanté constitue, sur le plan économique, un fantastique marché potentiel, en France comme au niveau mondial (exemple de la démographie de la Chine) »¹

Le Conseil général de l'Isère et ses partenaires s'engagent avec Autonom@Dom, forts de ces constats démographiques, économiques largement partagés, et dans un contexte politique favorable à l'émergence de projets d'expérimentations de télé médecine (Loi HPST, Schéma régionaux de télémédecine des ARS, création des Fonds d'Intervention Régionaux – FIR - de la Loi de financement de la sécurité sociale - LFSS 2012), dans un projet ambitieux permettant, en alliant les acteurs du sanitaire et médico-sociale dans une « coopération intégrée », d'assurer une continuité de la prise en charges des personnes en perte d'autonomie et/ou porteuses de pathologies chroniques.

Autonom@Dom est un bouquet de services qui ciblent principalement :

- La prise en charge à domicile des personnes fragiles, en risque de ou en perte d'autonomie. Ce segment de population relève de politiques et de financements médicosociaux des collectivités territoriales, des mutuelles et caisses de retraite.
- La prise en charge des sorties d'hôpital, et/ou de pathologies chroniques combinées à domicile. Ce segment de patientèle concerne plus particulièrement le secteur sanitaire, à la fois les établissements (lien hôpital – ville) et les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux.

¹ In « Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France » rapport au Premier Ministre de Pierre Lasbordes Député de l'Essonne octobre 2009



- L'amélioration du bien-être à domicile. En complément de deux autres segments, il s'agira de permettre et favoriser le développement de prestations à domicile, pour le bien-être de l'utilisateur ou dans un but de prévention. Ce dernier segment s'appuierait un financement médico social (pour la prévention) et par l'utilisateur (pour le confort).

Le projet Autonom@Dom, plateforme fonctionnant 24h/24 et 7 jours sur 7, destiné à défragmenter et décloisonner l'organisation et les offres sanitaires et médico-sociales, propose à ces populations, une prestation de service coordonnée qui permet, selon les besoins et les demandes des usagers, des aidants ou des professionnels :

- d'assurer une régulation médico-sociale pour toute demande d'intervention en cas d'urgence, d'écoute, d'information, d'aide, en relais et coordination avec les acteurs de terrain ;
- d'assurer une régulation médicale, appuyée sur la connaissance du dossier médical du patient et sur les relevés de données à domicile (télé santé), en soutien et en complément des acteurs de terrain ;
- de collecter et traiter des données de santé (télé surveillance médicale) ou d'actimétrie (télé-surveillance « sentinelle ») pour prévenir des situations de glissement ou des situations à risque médical ;
- de faciliter le partage de données médico sociales et la coordination des acteurs du soutien à domicile (sanitaire et médico-social).

Il s'agit donc de faire le lien entre ce qui se passe à domicile (la vie de tous les jours, les incidents, les angoisses, les questionnements), les professionnels de la régulation et de la coordination et enfin les professionnels de terrain.

Il faut pour cela que le dispositif combine une approche globale des aides proposées à l'individu (package des offres, protocoles et outils partagés) et à la fois une action/offre de proximité sur-mesure (empathie et proactivité des acteurs de terrain vis à vis des personnes).

Autonom@Dom a, par une évaluation pluridisciplinaire, pour objectif de répondre à deux questions :

- quel optimum d'organisation et d'offres permet-il d'éviter des hospitalisations inutiles, le retour rapide et/ou le maintien à domicile ?
- quelles évolutions sont nécessaires dans l'allocation des ressources de santé pour créer un modèle économique pérenne ?

Cet article expose les hypothèses actuellement retenues pour définir le futur modèle économique de la plateforme intégrée sanitaire et médico sociale. Au terme du démonstrateur, les données recueillies devront permettre de valider et/ou d'affiner ces hypothèses et de valider les modalités de développement d'un marché de prestations de services pour la santé à domicile et l'autonomie.

2. Faire émerger un business model comme condition d'émergence d'un marché

« En France, les ménages consacrent environ 115 euros par mois aux TIC, dont la moitié pour leur téléphone portable. Une part de plus en plus importante des foyers français et européens (20% en 2015) aura besoin de produits et de services basés sur les technologies de l'information et de communication spécifiquement pour prendre en charge leur santé». ²

Le marché de l'e.santé n'existe pas ou du moins aujourd'hui pas plus que sous la forme d'un « proto-marché » fait de la juxtaposition d'offres élémentaires « qui ne font pas un marché » répondant à la demande de santé à domicile et d'autonomie.

De façon non exhaustive il s'agit : d'équipements d'alerte (capteur de chute), d'offre de lien social (interface à domicile), d'actimétrie (suivi d'un profil de vie d'une personne), de DMP (dossier médical partagé), de monitoring de paramètres physiologiques (alerte en cas de dépassement de certaines valeurs comme le poids, une tension artérielle, une glycémie), d'outils de coordination (planning, dossier partagé) souvent propres à une seule structure, d'outil d'éducation thérapeutique, de « serious game », de sensibilisation pour la prévention, etc..

² Source : Commission Galien Ensemble, « Faire de la France un leader de la télésanté ».



Les différents acteurs économiques candidats pour investir et développer un marché de l'e.santé (offreurs, prescripteurs, collectivités et organismes publics) pressentent et recherchent toujours, les modalités de son développement, financent des expérimentations multiples (ensuite bien souvent rangées sur étagère...), apportent des investissements d'amorçages dont la somme commence à poser question. Pour autant tout cela ne débouche pas sur la création d'un marché !

L'un des principaux freins à la création d'un marché de l'e.santé réside dans l'absence d'un modèle économique dont l'émergence apparaît complexe voire impossible du fait de la diversité des acteurs nécessaires pour créer et fournir l'offre, faisant appel à différentes sources de financements (sanitaire, médico social, privée) à différents niveaux de décision, individuel, local (à l'échelle d'une région ou d'un département) ou national.

2.1. Les trois éléments constituant le cœur d'un système de marché appliqué à l'e.santé par la démarche Autonom@Dom

« Un marché est d'abord la rencontre d'une proposition de valeur et d'un (ensemble) de valeurs du client. Comme dans beaucoup d'histoires amoureuses, cette rencontre n'est pas évidente. En effet, le coup de foudre est rare. L'entreprise innovante doit donc longuement travailler à adapter sa proposition aux valeurs de la demande. Elle doit identifier et mettre en avant l'ensemble des bénéfices que la demande pourra tirer de l'usage de son offre. Durant cette phase d'exploration, il est tout aussi important d'anticiper le réseau de valeur, rendu nécessaire par la complexité des technologies et des structures commerciale. Ici, pas d'ambiguïté : le seul critère, c'est la capture de la valeur. »³

Le marché émergeant sur lequel se positionne Autonom@Dom peut être défini par une double cible « client », qui exprime :

- * un besoin des usagers de la santé et de l'autonomie, d'aide à leur maintien à domicile du fait ; d'une perte d'autonomie, d'une pathologie chronique nécessitant des soins réguliers et d'une coordination des acteurs.
- * un besoin d'efficacité et d'efficience des acteurs de la solvabilisation de la santé à domicile et de l'autonomie : assurance maladie et mutuelles, collectivités territoriales et organismes publics.

Ces clients cherchent à satisfaire « des valeurs » qui traduisent les points clés du besoin à satisfaire,

- Une offre de services d'aides humaines et techniques à domicile qui fait une proposition de valeur,
- Un réseau de valeur qui réalise la proposition de valeur – un bouquet de services 24h/24 7j/7- et la met à disposition de ces cibles qui satisfont ainsi leur recherche de valeur.

1.1.1 Les valeurs exprimées par les cibles d'Autonom@Dom

Sur les différents champs qu'il combine ; soutien à domicile, prise en charge en sortie d'hôpital, prise en charge de pathologies chroniques à domicile, plans d'aides pour améliorer la prévention et le bien être à domicile, les attentes et besoins tels recueillis par des sociologues, expriment des attendus en terme de valeurs ainsi formulées :

Attentes et besoins des personnes âgées – « valeur de consommation » ainsi exprimées

Par l'écoute directe des personnes âgées, les attentes recueillies expriment le souhait de :

- Vivre selon sa culture, ses habitudes, ses convictions, pouvoir s'inscrire dans une continuité de vie, lui donner du sens jusqu'à son terme, préserver son identité.
- Rester autonome, ce qui signifie vivre comme on l'entend, décider de ceux que l'on souhaite prendre ou non, de privilégier ou non la sécurité par rapport à la liberté.

Les besoins suivants en découlent :

³ Gilles Roehrich, Daniel LLerna Business Models dans l'innovation. Sous la direction de Valérie Chanal - PUG mars 2011



- Préserver ses capacités physiques et cognitives. Garder son indépendance (pouvoir faire et agir par soi-même)
- Rester en bonne santé (physique et psychique), autant que possible, et le plus longtemps possible, bénéficier de soins de qualité, à domicile et à l'hôpital
- Avoir accès à son médecin traitant, suivre son traitement, avoir des soins à domicile et accéder à des consultations de spécialistes, être hospitalisé en cas de nécessité
- Être accompagné pour pallier ses incapacités, pour rester chez soi le plus longtemps possible, en sécurité (pour soi et pour rassurer ses proches)
- Rester en lien avec ses proches
- Être inséré dans la société, dans son quartier, son village, être connu et reconnu par les autres (se sentir appartenir = lien social), rester en contact avec le monde extérieur
- Mourir chez soi : éviter si possible des hospitalisations en fin de vie

En découlent des valeurs de consommation telles que :

- la personnalisation de la prestation, adaptée aux spécificités de chaque individu et choisie par celui-ci
- l'accessibilité aux services, quel qu'en soit la nature (sanitaire ou médico social), la facilité d'information, de conseil, de mise en œuvre
- l'évolutivité des aides en fonction de l'évolution des besoins et du contexte de vie
- le lien social, le non isolement vis à vis de ses proches comme de la société
- la continuité des soins et des aides
- la sécurisation tant physique que psychique
- la maîtrise du reste à charge

Attentes et besoins des aidants – « valeurs de consommation » ainsi exprimées

Les attentes/besoins sont distincts selon la position de l'aidant (enfant, conjoint, membre de la fratrie...), le milieu social d'appartenance, le territoire... il s'agit essentiellement d'apporter de l'aide à ses proches, en s'appuyant sur des professionnels compétents pour certains actes de la vie quotidienne et pour les soins, et rester en lien avec leur proche, continuer à vivre, à travailler, en dehors de l'accompagnement de son parent.

Les besoins suivants en découlent:

- Connaître et comprendre les aides et les services existants, les dispositifs (APA, solutions de répit...), les financements, les rôles et les fonctions des différents professionnels/intervenants, leurs logiques, leurs missions et leurs limites
- Connaître et comprendre l'état de santé de son parent, les enjeux et les risques encourus
- Avoir un interlocuteur/référent qui ait les informations, fasse le lien, connaisse la situation et les réponses possibles
- Être associé aux décisions, avoir le contrôle vis-à-vis de la situation, selon les personnes, pouvoir agir, savoir quelles aides, quel accompagnement et quels soins lui sont réellement procurés...
- Être en lien avec son parent
- Besoin, pour soi, de soutien : être écouté dans les difficultés rencontrées, les sentiments et les émotions liés à la situation
- Selon les familles, de ne pas être mises à contribution financièrement, que leur parent puisse payer lui-même les services avec ses propres ressources et/ou avec les aides existantes, sans grever le patrimoine familial

En découlent des valeurs de consommation complémentaires de celles exprimées par les usagers, comme :

- le partage d'information sur l'état de « santé » de son parent et sur les aides réalisées ou planifiées
- la coordination des intervenants à domicile
- l'assurance d'une continuité de la prise en charge
- la maîtrise du reste à charge

Attentes et besoins des professionnels – « Valeurs de consommations » ainsi exprimées

Les attentes sont de pouvoir accompagner, soigner les personnes en référence et en cohérence avec leurs missions, leur identité professionnelle, leur éthique et leur déontologie, mais également, en transversal, et comme conditions de développement des nouvelles technologies. Les professionnels expriment ainsi le besoin :



- de connaître, comprendre le rôle et la responsabilité des autres professionnels, les objectifs et les limites de leur intervention,
- de partager une culture « autonomie » (personnes âgées/personnes handicapées) commune a minima,
- de connaître l'ensemble des services, des dispositifs et des aides existantes, les financements, pour se situer dans cet ensemble, être en capacité de transmettre aux personnes et à leur famille/proches les informations et les explications

En découlent des valeurs de consommation complémentaires de celles exprimées par les usagers, comme :

- le partage d'une vision commune du rôle de chacun

2.1.1 La proposition de valeurs d'Autonom@Dom

L'innovation portée par le projet Autonom@Dom se situe à plusieurs niveaux :

- Une innovation de service : la création d'un « guichet » unique/intégré, pour répondre à des problématiques de soutien à domicile par l'articulation de prestations médico-sociales et sanitaires, 24h/24-7j/7.
- Une innovation de moyens : le projet développe des moyens techniques mutualisés installés au domicile, permettant à la fois la réalisation de prestations du secteur sanitaire (télémédecine) et la réalisation de services médico-sociaux (surveillance sentinelle actimétrique d'une personne, prévention). Cette mutualisation permet d'adapter les prestations en fonction de l'évolution de l'état de la personne avec les mêmes équipements à domicile et ainsi de multiplier les cas de mises en œuvre de ces solutions (pour un effet volume significatif). Ainsi la « box à domicile » doit être multi fonctions (pour des offres de télé alarme, de suivi sentinelle et de télé surveillance médicale, d'information) et présenter un faible coût.

La proposition de « valeur » d'Autonom@Dom en réponse aux besoins des usagers, aidants et professionnels, est ainsi détaillée comme suit :

Solutions	Services rendus	Apport de la valeur	Synthèse
N° de tél unique pour toute demande de service à la personne	Informier, conseiller, orienter vers des professionnels, aider à résoudre des situations difficiles	Accessibilité Continuité de service Personnalisation Coordination Sécurisation La maîtrise du reste à charge	Décloisonnement des services (coordination) Défragmentation des services (continuité, accessibilité)
Ensemble de solutions de suivi de l'actimétrie à domicile / de paramètres physiologiques / d'alerte / de prévention	Détecter une situation de glissement, anticiper des aides à domicile Détecter les bénéfiques ou non d'un traitement de pathologie chronique Organiser une intervention urgente ou non selon les besoins	Accessibilité Continuité de service Evolutivité des aides Personnalisation Sécurisation	
Ensemble de solutions de communication entre professionnels / usager / aidants	Contribuer à la coordination des intervenants au domicile Permettre le partage de données et de liens avec usagers et aidants Sensibiliser pour de la prévention Permettre de l'éducation thérapeutique	Personnalisation Continuité de service Evolutivité des aides Lien social Partage d'information Partage des rôles	

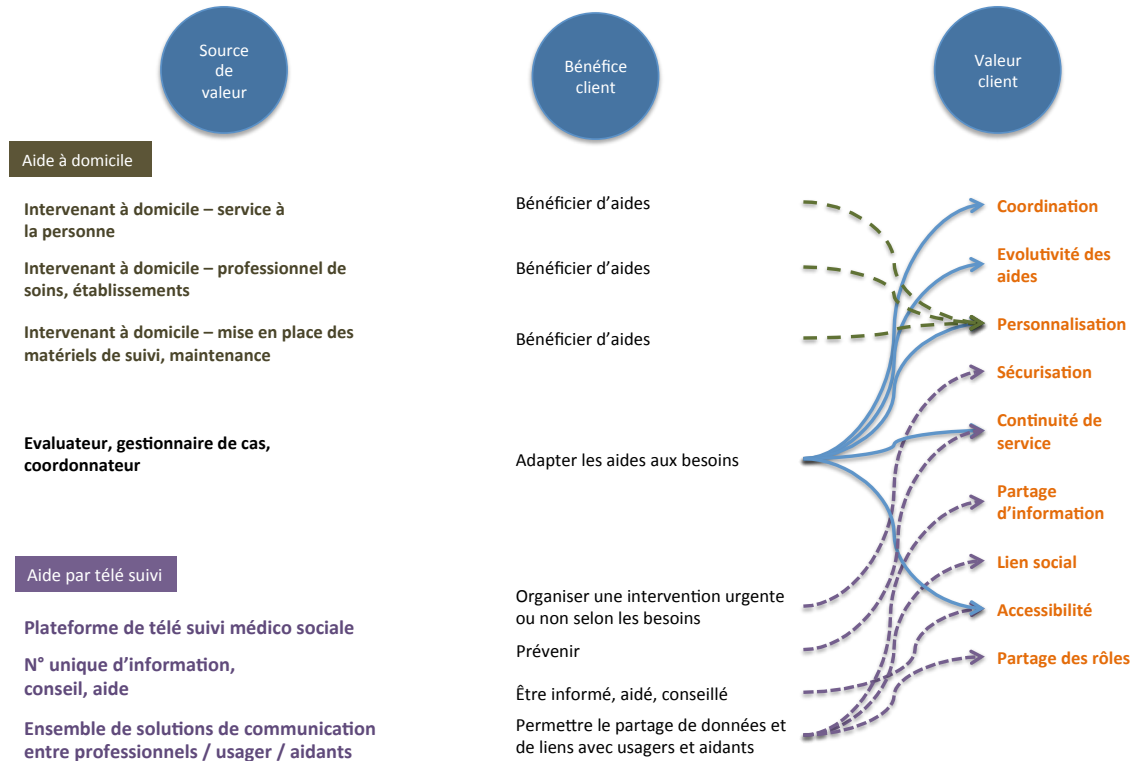
3.1.1 Le réseau de valeur de Autonom@Dom

La chaîne de valeur représente la combinaison et la complémentarité des valeurs ajoutées de chacun des maillons des services proposés.

Dans le cas d'Autonom@Dom, comme probablement dans le cas de beaucoup de prestation « e.santé », cette chaîne de valeur ressemble plus à un réseau de valeur dans lequel la valeur ajoutée réside dans **l'articulation de services à domicile et des services par télé-suivi,**

Chacun des maillons est indispensable à la qualité du résultat final et contribue à l'accessibilité, la coordination, la sécurisation, etc. De plus le processus n'est pas linéaire mais en boucles réactives puisque le soutien à domicile pour ne pas produire de phénomène de rupture doit être un service en perpétuelle adaptation en réponse à l'évolution des besoins des personnes.

Le réseau de valeur d'Autonom@Dom peut être représenté de la façon suivante :



2.2. Les points clés du modèle économique associé à ce réseau de valeur

Un des objectifs économiques du bouquet de services est de minimiser l'impact des charges fixes sur le coût unitaire final en répartissant ces charges fixes sur un périmètre de prestations et d'usagers le plus large possible.

Ainsi le modèle économique est une somme de modèles économique relatifs aux différents domaines d'activités d'Autonom@Dom :

- Le domaine des - aides à la vie quotidienne (financé par : APA, PCH via les Conseils généraux et les usagers) ;
- Le domaine du - soin à domicile (financements recherchés auprès de : MIGAC des établissements à la T2A pour la normalisation de leur Durée Moyenne de Séjour, du Fonds d'Intervention Régional et des Schémas régionaux de développement de la Télémédecine des ARS, des Réseaux de santé et des usagers, d'une inscription du dispositif à la LPPR⁴) ;
- Le domaine de - la prévention et du bien-être (financement possible par : PAP de la CARSAT et usagers/mutuelles).

Avec le démonstrateur Autonom@Dom il s'agit de valider une organisation - un réseau de valeur - capable de générer une proposition de valeur adaptée aux besoins – valeurs - de ses clients -cibles- et d'assurer la répartition de la valeur ajoutée ainsi captée entre les différents membres de son écosystème.

⁴ LPPR : liste des produits et prestations remboursables (par l'assurance maladie) – T2A : tarification à l'acte – APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie – PCH : Prestation Compensatoire du Handicap – PAP : Plan d'aides personnalisé – MIGAC : mission d'intérêt général et l'aide à la contractualisation



3. Le processus de création d'un marché de plateforme de télésanté/médecine

Les trois briques de base d'un marché, les valeurs de la demande, la proposition de valeur et le réseau de valeur doivent être mises en relation pour que le marché existe/émerge .

3.1. Créer et maintenir une relation forte entre les valeurs du clients/usagers/solvabilisateur et la proposition de valeur : l'apport de la démarche living lab

La proposition de valeur d'Autonom@Dom (somme des réponses apportées aux attendus des usagers, familles, professionnels, solvabilisateurs publics et privés), ne pourra être pertinente et crédible, que si le développement du service et son intégration dans les organisations et processus existants, aura mobilisé les acteurs concernés. Ainsi chacun doit être amené à exprimer ses souhaits et ses contraintes :

- L'utilisateur est au centre du dispositif et doit formuler ses attentes, avec l'éventuelle difficulté de moduler cette expression par celle des aidants ou des personnes de confiance.
- Tout acteur professionnel dispose de ses pratiques ; l'analyse de l'évolution des pratiques avec un dispositif tel qu'Autonom@Dom est une question d'acceptabilité et d'appropriation.
- La complexité du réseau de valeur (nombre d'acteurs, diversité des métiers et des cultures, éventuelle divergence des objectifs, disparité des qualifications et des niveaux de responsabilité ...) oblige à un travail collaboratif pour développer des solutions cohérentes et intégrées avec des processus parfois innovants à imaginer/proposer.
- Le cloisonnement actuel du secteur sanitaire et médico social, nécessite une réflexion partagée à chacune des étapes du développement du service pour en assurer la faisabilité.

La proposition de valeur d'Autonom@Dom doit donc :

- s'assurer que les développements industriels de technologies, répondent correctement aux attentes de l'ensemble de ces acteurs, avec les pratiques actuelles ou en faisant évoluer celles-ci avec un accompagnement au changement adapté ;
- s'appuyer sur une organisation, qui donne un sens à la complémentarité des métiers, une efficacité à la coordination des interventions à domicile, une écoute aux évolutions des besoins.

Cette proposition de valeur ne peut donc émerger que si ce type de projet s'appuie sur des méthodes de travail participatives, axées sur le retour d'usage principalement. Une démarche type « living lab » est indispensable : réflexion commune et partagée sur les solutions à mettre en place, avec à chacune des étapes du projet, des tests, évaluations, analyses partagées ... de la valeur du service réalisé.

Outre sa phase de développement, c'est également dans la phase de pilotage qu'Autonom@Dom doit intégrer une démarche participative. La boucle évaluation / plan de progrès / mise en oeuvre / évaluation - sera permanente et importante tant que les technologies pour la santé à domicile ne feront pas partie intégrante des outils réguliers et « naturels » des professionnels du soutien à domicile. Le mode de gouvernance doit donc s'appuyer sur une démarche d'évaluation partagée du service et adapter si besoin, les moyens et le modèle économique en conséquence.

3.2. Disposer d'une allocation de ressource suffisante et adaptée aux attentes des différents acteurs de l'écosystème

« Les valeurs qui peuvent émerger d'une innovation sont étroitement liées aux interactions des acteurs impliqués dans le déploiement du business model »⁵

La proposition de valeur d'Autonom@Dom relève non seulement d'une logique d'efficacité (apporter la bonne réponse aux besoins), mais également d'efficacité des prestations. Il ne s'agit pas moins de contribuer à répondre aux enjeux de croissance des besoins de santé/autonomie dans une perspective de raréfaction des ressources publiques disponibles.

⁵ Valérie Chanal Business Models dans l'innovation. PUG



Ainsi la sensibilisation et l'implication des décideurs publics dans l'émergence d'un modèle économique pour l'e.santé est déterminante.

Sans décision d'allocation de ressource pour cette nouvelle forme de prise en charge de la santé, il n'y aura pas de marché de la télésanté/télémedecine.

Cette allocation de ressources relève de l'Ondam (Orientation nationale de dépense de l'assurance maladie) votée chaque année par l'Assemblée nationale par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale –LFSS-.

Lors du débat national en 2011 sur la réforme du financement de la prise en charge de la dépendance, la commission Charpin⁶ a mis en évidence que les hospitalisations –inutiles- des personnes âgées du fait d'une rupture dans leur prise en charge à domicile représentent un surcoût annuel de 2 milliards d'euros par an.

Ce constat, plutôt affligeant, de notre incapacité actuelle à mettre en place une organisation adaptée aux (nouveaux) besoins des populations, porte en lui sa propre résolution : ces 2 milliards représentent la (seule ?) marge de manœuvre pour apporter à la télémedecine/télésanté un modèle économique lui permettant de financer et de pérenniser le réseau de valeur nécessaire à la fourniture de l'offre de valeur répondant à la demande de valeur de santé à domicile et l'autonomie.

Cependant pour pouvoir se prévaloir de bénéficier de -tout ou partie- de cette réallocation de ressource par l'Assurance Maladie, il est indispensable que les promoteurs de l'e.santé identifient et évaluent la réalité des gains obtenus/obtenables par leur dispositif selon les standards habituels des dispositifs de santé notamment ceux permettant l'éligibilité à la Liste des Prestations et Produits Remboursables-LPPR.

A cet effet nous identifions les différents impacts économiques à évaluer par Autonom@Dom suivants :

- Gérer des situations critiques des personnes en perte d'autonomie à domicile :
 - Cibles : Les bénéficiaires de l'APA ou d'un PAP : accompagnement médicalisé et social préventif et personnalisé anticipant la gestion des situations critiques afin d'éviter certaines surconsommations médicales et hospitalisations non médicalement justifiées.
 - **Gain recherché et à estimer :**
 - Évitement de consultations, visites, transports médicalisés et hospitalisations.
 - Optimisation des prises en charge des situations d'urgence par la mise à disposition de données médico-sociales immédiatement disponibles.
 - Orientation vers une solution du secteur social en place d'une solution médicalisée non appropriée.
- Faciliter le Retour à domicile après un séjour en établissement sanitaire :
 - Cibles : Personnes en perte d'autonomie : organisation médico-sociale et sécurisation des retours à domicile visant à optimiser les lits en centre hospitalier.
 - **Gain recherché et à estimer :**
 - Contribution à l'efficacité de l'offre d'un centre hospitalier par la diminution de la file active des « non hospitalo-requérant ».
 - Diminution du recours inopiné et insuffisamment coordonné aux prestations des professionnels de soins en sortie d'hôpital. Par exemple pour les personnes âgées de Gir 5 et 6 faisant suite à une chute ou à l'absence de solution permettant le maintien à domicile, stabiliser, voire diminuer les demandes d'accompagnement de la sortie d'hospitalisation en forte progression (plus de 45 % entre 2008 et 2010). Cette stabilisation, rapportée au volume de personnes aidées, permettrait d'optimiser l'enveloppe budgétaire régionale estimée à 550 000 €, soit globalement 22 % du budget.
- Agir sur la Durée Moyenne de Séjour (DMS) des « cas complexes » en services d'urgence :
 - Cibles : Personnes âgées polypathologiques, cas « complexes »

⁶ Rapport public : Perspectives démographiques et financières de la dépendance, rapport du groupe de travail n°2 présidé par Jean-Michel Charpin



- **Gain recherché à estimer :**
 - Identifiés dès l'entrée, une mobilisation précoce des ressources médicales et sociales coordonnées dans le bouquet de services permet de raccourcir et d'optimiser les DMS.
- Retarder ou éviter l'entrée en institution des personnes âgées dépendantes :
 - Cibles : personnes âgées de GIR 3 et 4
 - **Gain recherché à estimer :**
 - Le coût annuel d'une prise en charge par l'APA + aide sociale en établissement est de 6700 € ; le coût annuel d'une prise en charge par l'APA à domicile est de 5700 € ; Gain : Différentiel de 1000 € par an et par personne
- Assurer un suivi en télégestion des prestations d'aide à domicile et maîtriser la dépense
 - Cibles : tout financeur de prestation à domicile
 - **Gain recherché à estimer :**
 - en ce qui concerne le CG38, dans le cadre de l'APA ou de la PCH de gré à gré, un contrôle portant sur l'effectivité de la réalisation des prestations a montré qu'un tiers des sommes étaient versées sans contrepartie réelle. Un suivi de l'effectivité des prestations par télégestion, sera réalisé dans le cadre du bouquet de services.
- Stabiliser, voire diminuer le nombre de demandes d'aide à domicile (PAP)
 - Cibles : personnes âgées de GIR 5 et 6 pour lesquelles des actions de prévention permettraient de repousser une dépendance.
 - **Gain recherché à estimer:**
 - Le nombre de demandes d'aides à domicile est en augmentation de 12 % sur l'année 2011 et de 30 % sur le seul 1^{er} trimestre 2011, par rapport à 2010. Sur cette base, une stabilisation des demandes reviendrait à optimiser l'enveloppe budgétaire régionale d'environ 980 000 euros, représentant 3,6 % du budget régional de ce poste.

Il convient donc d'identifier quels sont les bénéficiaires directs et indirects du déploiement de l'offre de bouquet de services.

Une matrice simplifiée de solvabilité potentielle est schématisée dans le tableau suivant :

Qui bénéficie du service ?	Quel est le bénéfice	Qui paie ?
Patient / Individu	Personnalisation, sécurisation, coordination, lien social, accessibilité, évolutivité, continuité	Patient / Individu / Famille Solidarité sociale / sécurité sociale CNSA Retraite / Prévoyance
Famille Cercle social	Sérénité	Famille
Professionnels Sociaux	Efficience/Coordination	CNSA
Professionnels de Santé	Efficience/Coordination	ARS / Régime de SS Mutuelles
Etablissements de santé	Service plus efficient	Budget santé, ARS / Régime de SS Mutuelles
Conseil général, CARSAT	Suivi de l'effectivité des dépenses d'aides	Collectivité
	Services plus efficaces aux usagers à domicile	CNSA
	ROI Domicile versus établissement	CNSA
Collectivités	Maintien d'une activité économique répartie : Aménagement du territoire	Collectivité

La diversité des bénéficiaires et des bénéfices potentiels est un réel écueil à une organisation collégiale de la solvabilité d'un marché.

Les financeurs identifiés sont :



- **l'assurance maladie**⁷ :

« L'équilibre durable des comptes de l'assurance maladie passe, impérativement, par une organisation territoriale qui favorise la coopération interprofessionnelle et interinstitutionnelle, et qui inscrit le soin dans une logique de santé globale, l'acte curatif et l'acte technique étant intégrés à une démarche incluant les aspects préventifs et sociaux. »

Le HCAAM préconise un « enchaînement vertueux » procédant d'une coordination des interventions tout au long du parcours de santé de la personne en perte d'autonomie. De cette façon « le système de soins, tant dans ses composantes curatives que de prévention, peut contribuer à prévenir la perte d'autonomie. »

Il s'agit par exemple d'éviter des hospitalisations complètes inadéquates ou inutilement longues, qui sont génératrices de perte d'autonomie en assurant, sous la responsabilité du médecin traitant et en lien avec les autres professionnels de ville, la coordination d'une intervention soignante et sociale protocolisée mais également en assurant l'éducation thérapeutique des personnes et de leurs aidants familiaux.

« Les aides à l'autonomie peuvent contribuer à une meilleure prise en charge médicale et soignante et à une meilleure maîtrise de l'évolution des dépenses. »

Il s'agit pour le HCAAM dans ce domaine, en facilitant le maintien à domicile de réduire les durées d'hospitalisation complète en mettant à la disposition des structures et des professionnels soignants de proximité, les concours financiers et les services d'accompagnement de la vie quotidienne qui viennent compléter leur activité.

Il est rappelé par le HCAAM que les interventions des professionnels du secteur social (assistantes sociales, aide-ménagères, auxiliaires de vie, éducateurs médico-sportifs ou animateurs) font partie intégrante du protocole de soins et concourent, notamment, au maintien à domicile.

De ce fait la prise en compte de l'objectif d'accompagnement de l'autonomie – et particulièrement de l'autonomie au grand âge passe par la promotion de nouvelles formes d'organisation du système de soins telles que le propose Autonom@Dom.

« Une dépense d'aide à l'autonomie (par exemple, une dépense d'APA effectuée par un conseil général) améliorera d'autant mieux la qualité de vie de la personne âgée, et atteindra l'optimum en termes d'euros publics dépensés, si elle intervient en continuité du parcours soignant :

- Déclenchée de manière adéquate et au bon moment, l'aide à l'autonomie peut éviter des prises en charge inutilement lourdes et non souhaitées par les personnes âgées et leur entourage.

- Puisque les personnes âgées 'dépendantes' souffrent systématiquement d'une ou plusieurs pathologies chroniques, les professionnels de l'aide à l'autonomie (aides soignants, auxiliaires de vie, aides ménagères) doivent pouvoir inscrire leur intervention en continuité, complémentarité et coordination avec le suivi médical de cette personne. »

L'ensemble de ces remarques et prescriptions du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie positionne l'Assurance maladie comme un acteur ayant vocation à financer–plus- le soutien à domicile, non seulement :

-pour être efficace, c'est à dire fluidifier les prises en charges des personnes en perte d'autonomie et/ou porteuses de pathologies chroniques,

-pour être efficient, c'est-à-dire optimiser l'emploi des ressources disponibles, ce qui libère des marges de manœuvre pour prendre en compte de nouveaux besoins (fortes croissances attendues de la dépendance et des pathologies chroniques) dans un cadre budgétaire durablement contraint (lui en revanche, peu voire non croissant).

Quelles sont les lignes « budgétaires » ciblées pour une obtenir une réallocation des ressources de l'Assurance maladie en faveur de la Télésanté/Télémedecine ? :

- la LPPR (Liste des Produits et Prestations Remboursables) pouvant couvrir par exemple des dispositifs de télé-suivi de pathologies chroniques (permettant la

⁷ Dans le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), du 23 juin 2011 intitulé « Assurance maladie et perte d'autonomie ».



- coordination/coopération entre le sanitaire et le médico-social), de partage de données entre professionnels, etc.
- les MIGAC des établissements sanitaires à la T2A (Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) qui peuvent financer des améliorations de l'offre de soin, comme des actions de coopération (du fait de leurs impacts positifs dans la normalisation des Durées Moyennes de Séjours-DMS- des établissements concernés).
 - le FIR (fonds d'intervention régional) qui peut financer des actions et/ou des expérimentations dans le cadre des schémas régionaux de Télémédecines pilotés par les Agences Régionales de Santé-ARS- en faveur de ; la performance des soins, la qualité des soins, la coordination des soins, la permanence des soins, la prévention de la santé, la promotion de la santé, la sécurité sanitaire.
- **le Conseil général** : en charge du financement de la dépendance, le conseil général assure les prestations APA (allocations personnalisée d'autonomie) et PCH (prestation de compensation du handicap), budget alloué par la CNSA.
 - **les CARSAT** : les caisses de retraites qui financent les Plans d'actions Personnalisés s'adressant aux personnes relativement autonomes mais nécessitant un soutien du fait de leur âge, de leur santé, de leur isolement, de leurs ressources et de leurs conditions de vie à domicile dans une démarche générale de prévention de la santé et plus particulièrement de la perte d'autonomie.
 - **les complémentaires de santé (mutuelles ou assurances)** : leurs offres de prestations intègrent des services « autonomie », couvrant notamment les dépenses non prises en charge par l'assurance maladie et les collectivités.
 - **les caisses de retraite complémentaire** : chaque caisse dispose d'un budget pour l'action sociale, destiné à financer des aides pour le soutien à domicile pour leurs ressortissants, en complément des soutiens des collectivités et de la sécurité sociale (mais dans une démarche de financement ponctuel non récurrent). Le périmètre d'intervention de l'action sociale est défini par les fédérations Agirc Arrco en ce qui concerne le régime général. Aujourd'hui leurs trois orientations prioritaires portent sur la prévention, le prolongement de l'autonomie à domicile des personnes âgées, personnes handicapées et l'accompagnement de la perte d'autonomie en établissement.
 - **le reste à charge usager** : il est une composante de notre système de santé dans la plus part des prestations (hormis les Affections de Longue Durée-ALD- et les soins liés à un accident du travail). De plus ce qui relève d'une prestation « de confort » ou de « bien être » doit être pris en charge par l'usager (d'ailleurs souvent solvabilisé en tout ou partie par une complémentaire santé).

Ces différentes sources de financements constituent le modèle économique permettant de couvrir les engagements des différents acteurs et prestataires participant au réseau de valeurs nécessaire au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie et/ou porteuses de pathologies chroniques.

De façon synthétique pour :

- le développement et la maintenance d'un système d'information intégrateur des dispositifs de télé suivi à domicile, des dossiers et modes de coordinations des intervenants à domicile
- la plateforme d'information, conseil, aide à la résolution de situation difficile, élément indispensable à la continuité des aides
- les matériels à domicile pour le télé monitoring, la détection d'alerte en prévention de situation de glissement ou de crise aigue
- les solutions de communication et la mise en place d'une organisation de coordination appuyée sur ces outils

Si certaines dépenses peuvent être relativement facilement attribuées au secteur sanitaire (le matériel et la prestation de télé monitoring de pathologies chroniques) ou au secteur médico social (la coordination des aides à la personnes), il est plus complexe d'établir une clé de répartition pour les (importantes) charges fixes que représentent les indispensables dispositifs transversaux tels que le système d'information intégrateur des dispositifs à domicile accessibles aux professionnels qui pour cela participe à la dynamisation de la création de valeur du réseau de valeur. Et qui fait que la valeur de l'ensemble du réseau de valeur est supérieure à la somme de ses différentes valeurs (parties).



Dans le cadre de la démonstration Autonom@Dom le budget estimatif du dispositif s'élèverait à 4,5 M€. Le « point mort » de ce démonstrateur (dimensionné pour un investissement, un fonctionnement pour près de 1000 bénéficiaires inclus dans les cohortes pour l'évaluation) correspondrait à une offre moyenne de 50 €TTC/mois pour 7 500 abonnés annuels (offre moyenne : certains bénéficiaires n'utilisant que la plateforme téléphonique d'information/conseil, d'autres ayant une télé assistance classique, d'autre un télé suivi sentinelle et pathologies chroniques, etc.).

En regard de cette cible, quelles sont les « assiettes » potentielles d'usagers sur le département de l'Isère ?

Personnes âgées

En Isère ~ 14 500 personnes âgées bénéficient d'une APA à domicile (ce qui représente pour le Conseil général de l'Isère un budget de 60 Millions d'euros par an), dont 2600 dans les groupes GIR 1 et 2, les plus en perte d'autonomie - groupes GIR qui présentent une forte corrélation de besoins sanitaires et médico-sociaux. La strate agrégée des GIR 1, 2 et 3 représente près de 6 000 bénéficiaires.

Plus de 4 500 personnes bénéficient d'un forfait téléalarme classique de 30 € TTC. Ce segment se retrouve tout ou partie dans celui des 6 000 précédemment évoqués.

Parmi les plans d'aides financés par la CARSAT, près de 1 000 personnes pour 420 k€ bénéficient d'un soutien provisoire de la CARSAT en Isère pour une aide au retour à domicile à domicile après hospitalisation.

Près de 6 000 personnes sur l'Isère bénéficiaient d'un Plan d'Action Personnalisé de droit commun de la CARSAT pour un coût total de 4.8 Millions d'euros.

Personnes handicapées

En Isère 2 645 personnes bénéficient d'une PCH dont plus de 200 pour une aide humaine d'environ 46 heures par semaine (près de 6h/j – 7 j/7 – pour un montant de 9 Millions d'euros par an) cumulant aides techniques, soins médicaux déterminant un très fort besoin d'intégration et de coopération des différents intervenants.

Patients

Sur la base de l'enquête « un jour donné » des personnes non hospitalo-requerants ou en attente d'orientation, le CHU de Grenoble recensait ce jour là en 2004, 8,6% de personnes de plus de 75 ans non hospitalo-requerants ou en attente d'orientation.

Il y a près de 36 000 nouvelles admissions en ALD par an sur le territoire Est de santé Rhône Alpes⁸ entre 2006 et 2008 (territoire Est : Isère, Savoie, Haute Savoie), dont 36% de maladies cardio vasculaires chez les hommes (premier motif).

Cette première approche simplifiée de la quantification du marché potentiel a pour vocation de mettre à voir l'intérêt (il y a effectivement du volume de bénéficiaires et des enjeux financiers significatifs) et la complexité de l'évaluation économique à laquelle un démonstrateur d'une plateforme de télésanté / télémedecine doit répondre.

Sommairement il s'agit d'établir :

- Quelle élasticité des charges variables et des investissements aux nombres d'abonnés cibles ?
- Quelle clé de répartition des investissements sur les trois domaines d'offres (sanitaire, médico-sociale, confort) ?
- Quel packaging et quelle échelle de tarif ?
- Quelle montée en charge investissements/abonnements... ?

⁸ in Etat des lieux préalable à l'élaboration du plan stratégique régional de santé rhône-alpes – mars 2011



De ce fait Autonom@Dom mobilisera pour l'évaluation du projet :

- des experts des incidences médico économiques des services rendus (approche médicale et économique sur le plan sanitaire), des experts de l'analyse des coûts impactés voire engendrés (approche technico économique sur le plan des organisations mises en place, sanitaire et sociale) et des experts sur l'acceptabilité de ces nouvelles solutions par les usagers, aidants et professionnels
- des acteurs du financement des services : Carsat, Conseil général, ARS (associé au pilotage du projet), caisse de retraite complémentaire.

4. L'enjeu de la fonction du « courtier » pour l'industrialisation de plateformes de télésanté/télémedecine

Un business model est en général conçu pour une entreprise unique. L'innovation portée par les plateformes telles qu'Autonom@Dom nécessite un écosystème engageant divers entreprises. Dans ce jeu d'acteur complexe le rôle d'un des agents devient central, le « courtier ». Le « courtier » est le pivot de l'écosystème constituant le réseau de valeur, opérateur des fonctions clés qui rendent possible le développement de l'offre de services.

Pour cela il collecte et redistribue les données à leurs utilisateurs, ces derniers étant principalement des développeurs et des fournisseurs de services (finaux/applicatifs).

Ainsi le courtier d'une plateforme de télémedecine / télésanté telle qu'Autonom@Dom est nécessairement un industriel à la recherche d'une captation optimale à son profit de la valeur produite par l'ensemble de ce dispositif.

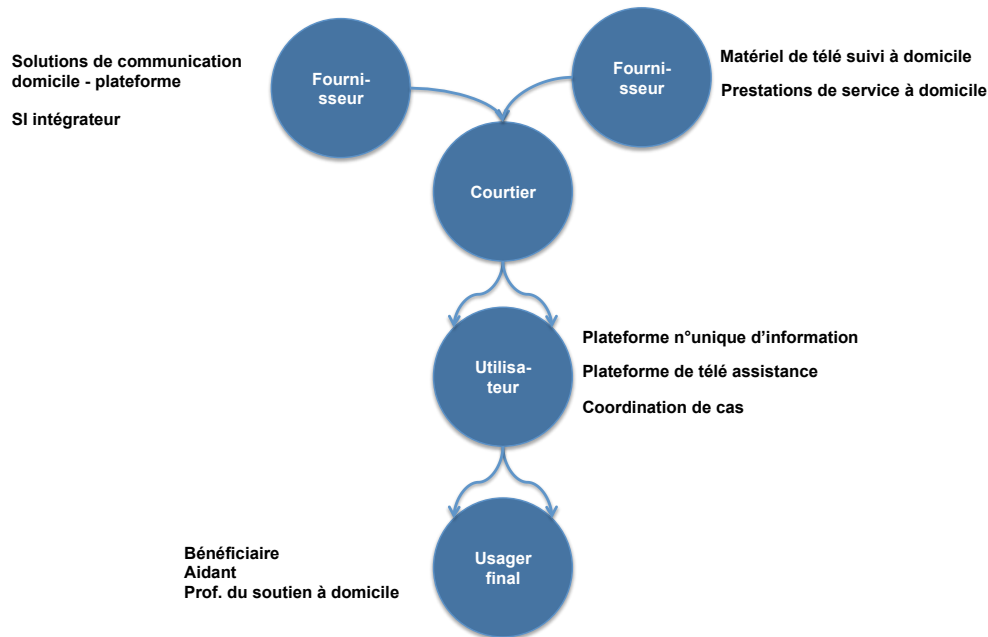
Les membres de l'écosystème peuvent accepter cette place prédominante dans le partage de la valeur dans la mesure où le courtier est -réellement- indispensable à l'innovation et à la création de valeur dont elle est porteuse.

4.1. Le « courtier » : l'acteur de l'horizontalisation des services

La plus grande part des solutions techniques (du domaine des TIC) nécessaire à l'offre de valeur d'une plateforme de télémedecine/télésanté sont – à ce jour- spécifiques à un domaine d'usage délimité (monitoring d'une constante physiologique par exemple) et parfois à une seule situation d'usage donnée (domotique, lien social...). Vouloir une prise en charge globale de la santé à domicile et l'autonomie nécessite de relever le défi technique d'une approche ouverte et multicouche permettant de rendre accessibles et gérables les diverses solutions techniques au travers d'une infrastructure de réseau elle-même globale, disponible et surtout prête immédiatement à l'emploi, faite de capteurs et de dispositifs contrôlés à distance (actuateurs).

L'horizontalité, en l'espèce, procède d'une capacité à partager l'information entre les acteurs et à tirer un profit de leur processus d'intervention et d'offre de service (par exemple un dossier sanitaire et médico-social partagé « collectant/consolidant » des informations à partager, selon des protocoles adaptés).

L'appel d'offre que publiera le Conseil général fin 2012 aura pour principal enjeu d'identifier un industriel candidat et en capacité d'être le courtier nécessaire à la création du réseau de valeur support des plateformes de télésanté/télémedecine.



4.2. En synthèse

Autonom@Dom est une proposition de valeur innovante portée par un réseau de valeur (du fait de la complexité des ressources à mobiliser) proposant de rendre :

- plus efficaces les réponses apportées aux problématiques de la perte d'autonomie et de la prise en charge des pathologies chroniques,
- plus efficaces ces mêmes réponses, en limitant les hospitalisations inutiles.

La phase de démonstration, avant déploiement, a pour objectifs :

-Faire que l'innovation proposée soit la plus adaptée possible aux valeurs de la demande (B to B, organismes et pouvoir publics (Assurance maladie, Collectivités territoriales), usagers et leurs assurances complémentaires,...).

-Déterminer le périmètre et les modalités de « captage » de la valeur, en principal, du fait du mode de financement de la santé (en France 75% par l'Assurance maladie), en obtenant une réallocation de ressources - telle qu'inscrite dans la loi HPST- au titre de la « fongibilité asymétrique » du sanitaire hospitalier vers les soins et le prendre soin ambulatoire à domicile.

Dit autrement il s'agit de financer une réponse plus pertinente à la perte d'autonomie et aux pathologies chroniques et moins coûteuse que des hospitalisations, par redéploiement d'une partie des ressources mobilisées pour réaliser ces mêmes hospitalisation inutiles.

Ainsi la création de valeur portée par le réseau de valeurs Autonom@Dom se fonde principalement sur une captation de valeurs utilisées pour des solutions non pertinentes et dont le coût, évitable, est plus élevé que la solution alternative à ces mêmes solutions non pertinentes.