

Dr Francis Martin :

« **Le raisonnement a été surtout comptable et hypocrite** »

Pneumologue, responsable de l'unité des pathologies du sommeil au centre hospitalier de Compiègne-Noyon et attaché à La Pitié-Salpêtrière, à Paris, le Dr Francis Martin analyse la décision.

On a le sentiment que c'est le comptable des prix et des dépenses de santé qui a décidé de mettre en place cette surveillance à distance des malades. Les médecins n'ont-ils pas été quelque peu exclus de cette affaire ?

Dr Francis Martin : Certainement. Il y a eu très peu de concertation avec les prescripteurs et les médecins, d'autant que des études en cours actuellement ont pour but d'évaluer la faisabilité et l'impact médico-économique de la télétransmission en général. On n'a pas attendu le résultat de ces études pour se déterminer. Les études Respiradom et Optisas sont encore en cours. Nous y participons. Ce n'est pas terminé et il n'y aura pas de résultats avant la fin de l'année. On s'aperçoit par exemple dans ces études qu'il y a parfois des problèmes techniques de transmission de données. Il faut aussi évaluer l'impact médico-économique, et ce n'est pas si simple que cela. Cela ne va-t-il pas générer des visites supplémentaires des prestataires, des consultations médicales supplémentaires ? Ces études devraient permettre de donner des débuts de réponse.

Quel est selon vous l'intérêt d'une télé-observance des malades apnéiques ?

La télé-observance, la télémédecine et la télésurveillance sont trois choses différentes. La télé-observance est la surveillance de la bonne application, avec un minimum de 3 heures requis par l'assurance maladie pour les apnéiques du sommeil. Cela est justifié, au regard des dépenses importantes qu'engendre la maladie et son traitement pour l'assurance maladie. Un contrôle est logique et justifié. Sur la forme, il y a des problèmes techniques, de sécurité, de confidenciale.

lité. À mon avis, on a été un peu rapide dans la mise en place de cette télé-observance. On ne s'est pas assuré de tous ces enjeux. La validité des informations transmises n'a pas été évaluée par des études scientifiques contrôlées. Cela l'a été en partie pour les modules de télétransmission installés par les fabricants, mais pas pour ceux mis sur le marché par des groupes de prestataires. On ne s'est donc pas assuré des informations transmises. Je trouve dommage de se limiter au nombre d'heures d'observance du traitement des apnées du sommeil, sans en profiter pour mettre en place des mesures de suivi de l'efficacité des traitements, pour élargir à des notions importantes pour les patients et les médecins qui les suivent.

Reste que si des patients utilisent mal cette machine, les exclure d'un traitement par PPC entraîne inévitablement des effets sur leur santé. Que fait-on de ces patients ?

Il y a une grande hypocrisie des comptables qui nous disent qu'ils ne prennent plus en charge les patients, mais que nous médecins, nous sommes libres de prescrire. C'est se mettre la tête dans le sable. On sait que cela concerne une petite minorité de patients, on parle d'environ 10 % de patients peu observants. Cela valait-il le coup de mettre en place une machine très lourde pour des centaines de milliers de patients, dont 90 % sont de bons observants. Si on élargit vers une télésurveillance, le bénéfice pour les patients reste à être évalué.

On sait à la FFAAIR que cette maladie est sous diagnostiquée. Quel est votre avis ?

Oui, il y a un sous diagnostic certain. Le raisonnement a été surtout comptable.



L'arrêt est suspendu. Si la télésurveillance était réintroduite, quels seraient vos vœux ?

Qu'on attende le résultat des études en cours qui vont nous donner des informations importantes sur la validité, la faisabilité, l'impact médico-économique de cette télé-observance. Qu'il y ait une meilleure concertation avec les patients et les médecins.

Cette suspension a été pour moi une demi-surprise. Je ne pensais pas que cela arriverait aussi tôt. Il serait plus démocratique de passer par la voie législative. Nos représentants politiques entendront les différents acteurs, même si cela demandera des mois. Ce n'est pas une mauvaise chose parce que cela va permettre d'avoir des éléments plus solides au niveau scientifique.

C'est la première fois qu'on associe la prise en charge d'un traitement à sa bonne observance. Qu'en pensez-vous ?

Le Conseil d'État dit que cela change complètement la donne pour la prise en charge d'une pathologie et de son traitement par l'assurance maladie, et donc que c'est au Parlement d'en décider.