

la lettre

DMS  
c o n s e i l

n° 4  
Juin 1995

LA LETTRE DES MARCHÉS DES TECHNOLOGIES MÉDICALES

# EDITORIAL

A l'aube du deuxième millénaire, l'organisation des systèmes de soins est sujette à de profondes transformations. En effet afin de réduire leurs dépenses de santé, les différents pays recherchent les formules de soins de l'avenir. De nouvelles techniques telles l'hospitalisation et les soins à domicile, la télémédecine et la chirurgie ambulatoire font ainsi leur apparition.

Le dossier du quatrième numéro de la Lettre de DMS Conseil est donc consacré à l'hospitalisation et aux soins à domicile.

Quels sont les degrés de développement et d'avancement de cette formule en Europe et aux Etats-Unis ?

Et quelles seront les répercussions de cette percée sur le marché des technologies médicales ?

Nous espérons que ce dossier répondra à certaines de vos interrogations sur le sujet et qu'il élargira, pour certains, les portes de l'innovation technologique.

Nous vous donnons rendez-vous en septembre pour le prochain numéro de la Lettre de DMS en vous souhaitant de bonnes vacances d'été.

**P.M. BARRY,**  
Médecin, Directeur Associé

**A. DORAT,**  
Ingénieur, Directeur Associé

*P.S.: Si vous n'êtes pas encore destinataire à titre personnel et gracieux de cette lettre d'information, renvoyez votre carte commerciale à : DMS Conseil - 4 rue Archimède - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ*

Les pays de l'Union Européenne ont connu une forte progression de leurs dépenses de santé au cours des dernières années. Les soins hospitaliers représentent une part importante de ces dépenses : entre 36 et 60 % selon les pays. Ce montant est de 48 % pour la France.

Pour faire face à l'accroissement de ces dépenses, les pays recherchent aujourd'hui des alternatives à l'hospitalisation. Parmi celles-ci, l'hospitalisation et les soins à domicile (HAD et SAD) sont promis à de forts développements. L'objectif de cet article est de faire un état des lieux des développements de l'HAD-SAD dans différents pays européens ainsi qu'aux Etats-Unis, puis de faire un rapprochement entre le développement de ces alternatives à l'hospitalisation et le développement des technologies médicales.

## DOSSIER

### HOSPITALISATION ET SOINS A DOMICILE

#### Quelques définitions

- **L'HAD** est un concept purement français. Il recouvre «l'ensemble des soins médicaux délivrés au domicile du patient dont l'état ne justifie pas le maintien au sein d'une structure hospitalière». Il s'agit d'une structure intermédiaire entre l'hôpital et l'ambulatoire pour des

patients nécessitant des soins intensifs, mais en dehors de toute phase aiguë. Exemples de soins en HAD : traitement des insuffisances respiratoires chroniques, chimiothérapie, traitement des patients atteints d'infection à VIH, accouchements, ...

- **Les soins à domicile (SAD)** correspondent, quant à eux, à des structures et à des soins plus légers. Ils s'adressent essentiellement aux personnes âgées ou handicapées. L'objectif est de prévenir, retarder ou raccourcir soit l'hospitalisation, soit le placement de long séjour des personnes âgées. Exemple de SAD : soins infirmiers délivrés aux personnes âgées, invalides ou handicapées, dialyses à domicile, ... Dans la réalité, les limites entre l'HAD et les SAD sont très floues.

Au sein de l'Union Européenne, la définition de l'HAD diffère beaucoup d'un pays à l'autre et ne recouvre donc pas les mêmes pathologies. Certains pays tels que l'Allemagne ne distinguent d'ailleurs pas l'HAD des SAD. Dans cet article, nous traiterons donc simultanément les deux aspects en utilisant le terme «Home Care» pour désigner l'ensemble HAD et SAD.

## I - LE DEVELOPPEMENT DE L'HOSPITALISATION ET DES SOINS A DOMICILE

### UN SECTEUR D'AVENIR

Le Home Care reste aujourd'hui un secteur d'activité marginal qui concerne, dans le meilleur des cas, 2 % de la population d'un pays. Il représente cependant un des segments les plus dynamiques et les plus prometteurs du secteur des services de santé. D'après l'Association Européenne d'Organisation d'Aides et de Soins à Domicile (AEOASD) et les congrès internationaux réguliers qui se tiennent sur ce sujet, ce segment devrait en effet connaître une belle croissance au cours des 10 prochaines années. Plusieurs raisons à cela :

- La plupart des pays admettent aujourd'hui que l'hospitalisation et les soins à domicile contribuent à faire diminuer les dépenses de santé.

de systèmes sophistiqués de surveillance à domicile, ainsi que l'adaptation des appareils à une utilisation par des particuliers.

- Les mentalités évoluent dans le sens d'une recherche de mieux être ; les nouvelles formules de soins à domicile commencent par ailleurs à être connues des populations.

**Certains freins subsistent cependant et expliquent le faible développement du Home Care :**

- Dans plusieurs pays, les organismes assureurs, en particulier, restent méfiants à l'égard du financement de ces nouvelles formules de soins et demandent des études de coûts plus approfondies (cas de la France).

- Les structures d'HAD-SAD restent très hétérogènes (services hospitaliers, associations d'infirmières, centres communaux, maisons de retraites, ...) et mal coordonnées.

Ces freins devraient cependant progressivement se lever, avec la mise en place de nouvelles réglementations.

### UN NIVEAU DE DEVELOPPEMENT HÉTÉROGENE

Très peu de pays disposent de données chiffrées précises sur le Home Care. L'HAD et les SAD sont, en effet, souvent regroupés dans d'autres rubriques : hospitalisation, chirurgie ambulatoire...

des soins de certains de ces pays favorisent un développement plus rapide du Home Care que dans le reste de l'Europe. La mise en place de systèmes de financement reposant soit sur des groupes homogènes de malades, soit sur une libéralisation forte de l'activité médicale (notion d'hôpital-entreprise et de médecin-gestionnaire au Royaume-Uni), incite, en effet, au développement du Home Care.

**L'exemple des Etats-Unis apparaît fulgurant à cet effet :** d'après le HCFA (The Health Care Financing Administration), le marché américain du Home Care (produits + services) est passé de 3,8 Mrd \$ en 1985 à 16 Mrd \$ en 1993 et devrait atteindre 30 Mrd \$ en 2000 ; son taux de croissance annuel moyen devrait ainsi être de l'ordre de 15 à 20 % d'ici 2000.

Ce n'est en fait qu'à partir de la fin des années 80 que le marché américain du Home Care s'est véritablement envolé ; les deux principales explications invoquées sont :

- la clarification des règles de remboursement par les organismes assureurs,
- l'amélioration des technologies médicales qui ont permis à un plus grand nombre de traitements d'être réalisés à domicile (techniques de perfusion, moniteurs de surveillance du rythme cardiaque ou de tension artérielle...).

Cette évolution laisse donc présager ce qui pourrait arriver prochainement dans certains pays d'Europe.

## II - LES TECHNOLOGIES DE SOINS ET D'HOSPITALISATION A DOMICILE

### TAILLE ET ÉVOLUTION DU MARCHÉ

Le Home Care ne représente encore qu'une part modeste du marché des biens et équipements médicaux. Le rapport THIERRY (1) l'identifie cependant comme «un segment attractif et stratégiquement important».

- En 1990, le marché français des appareils et produits médicaux de Home Care (consommables compris), financés par les Caisses

(1) Dr J.P. THIERRY «La télémédecine, enjeux médicaux et industriels», oct. 1993

### DEPENSES DE HOME CARE\* 1991

|             | TOTAL<br>(en millions) | TAUX DE<br>CROISSANCE<br>ANNUEL MOYEN | DEPENSE<br>MOYENNE par<br>habitant (en \$) | PART DE LA POPULATION<br>ayant bénéficié du<br>HOME CARE EN 1991 |
|-------------|------------------------|---------------------------------------|--|--|
| ALLEMAGNE   | 1 249                  | 2 %                                   | 19   | 1,8 %  |
| BELGIQUE    | 320-330                | 5,1 %                                 | 32 - 33                                    | 1,7 %  |
| DANEMARK    | 160                    | 19 %                                  | 31   | Non Connu  |
| FRANCE      | 620                    | 12 %                                  | 11   | 0,03 % (HAD uniquement)  |
| ROYAUME UNI | 1750                   | 5,6 %                                 | 31   | Non Connu  |
| ETATS-UNIS  | 11 100                 | ≈ 20 %                                | 43   | 2 %  |

\* Les données de ce tableau sont à utiliser avec prudence : la notion de Home Care recouvre des réalités différentes dans chaque pays.  
Sources : OCDE CNAMTS, HCFA, Croix Jaune et Blanche

- Le vieillissement de la population dans l'ensemble des pays industrialisés et l'augmentation des dépenses de santé induites, incitent à la recherche d'alternatives à l'hospitalisation moins coûteuses.

- L'évolution des technologies médicales permet l'élaboration

Il apparaît toutefois évident que le Home Care est beaucoup plus développé dans les pays du Nord de l'Europe (Grande-Bretagne, Pays-Bas, Belgique, Danemark) ainsi qu'aux Etats-Unis. Les traditions religieuses et culturelles, ainsi que la réforme du système de financement

**d'Assurance Maladie, était de 1,1 Mrd F, ce qui a représenté 37 % des dépenses globales de Home Care. Sur ce marché, la part du matériel médical peut être estimée à 40 % :**

- Il n'existe pas encore de statistiques en Europe permettant d'apprécier l'évolution et la répartition de ce marché. En effet, les données correspondant au segment du Home Care ne sont pas encore individualisées.

domicile représentait 3 Mrd \$ et connaissait un taux de croissance de l'ordre de 30 %.

### LES PRODUITS

Les pathologies soignées dans le cadre du Home Care diffèrent d'un pays à l'autre, si bien que les technologies utilisées à domicile ne sont pas les mêmes ; ainsi si la dialyse est le traitement le plus couramment pratiqué à domicile en

faible intensité technologique, pour personnes âgées ou handicapées : fauteuils roulants, lits à hauteur variable, lève-malades....

Aujourd'hui, les appareils et les soins deviennent plus techniques, dans le cadre de la prise en charge de maladies plus complexes (cancer, sida, ...) : pompes-programmables, moniteurs de surveillance....

**Les technologies utilisées dans le cadre du Home Care appartiennent à 3 catégories :**

- Les aides à la vie et les appareils d'assistance aux fonctions locomotrices : fauteuils roulants, soulève-malades, matelas à air fluidifié, support de douche...

- Les technologies médicales telles que les appareils de dialyse, les respirateurs, pompes à insulines

- Les technologies de communication (téléassistance) : systèmes d'alarme, monitoring, minitel, ..., permettant aux patients de communiquer plus facilement avec les autres et de transmettre à distance des données de santé (rythme cardiaque, tension artérielle, ...)

Les avancées technologiques réalisées sur les deux derniers segments, mais surtout au niveau de la téléassistance (surveillance 24 H sur 24 H) sont aujourd'hui reconnues comme facteurs essentiels du développement du Home Care (cf article Télésurveillance).

| <b>FRANCE (1990)</b> <small>Estimations de la part des dépenses prises par les achats, locations et investissements en appareils et produits médicaux (consommables compris) financées par la CNAAMTS - Sources : rapport THIERRY</small> |                                  |                                       |   |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|---|
| ALTERNATIVES  | DEPENSES TOTALES (en millions F) | DEPENSES D'EQUIPEMENT ET CONSOMMABLES | PART DES EQUIPEMENTS ET CONSOMMABLES (dans la dépense totale) |
| <b>HAD</b>  | <b>500</b>                       | <b>100</b>                            | <b>20 %</b>   |
| <b>SIAD</b><br>(Soins infirmiers à domicile)  | <b>1400</b>                      | <b>140</b>                            | <b>10 %</b>   |
| <b>DIALYSE AD</b>   | <b>700</b>                       | <b>560</b>                            | <b>80 %</b>   |
| <b>IRCG AD</b><br>(Insuffisances respiratoires chroniques graves)   | <b>250</b>                       | <b>175</b>                            | <b>70 %</b>   |
| <b>POMPES AD</b>  | <b>160</b>                       | <b>144</b>                            | <b>90 %</b>   |
| <b>TOTAL</b>  | <b>3 010</b>                     | <b>1 119</b>                          | <b>37 %</b>   |

- Aux Etats-Unis, l'Office of Technology Assessment évaluait le marché américain des équipements et produits destinés au Home Care à 4,5 Mrd \$ en 1991 (25,4 Mrd F). Sur ce marché le segment des équipements pour la perfusion à

Grande-Bretagne, aux Etats-Unis elle reste exclusivement pratiquée à l'hôpital.

A la fin des années 80, le marché du matériel médical destiné au segment du Home Care se limitait essentiellement à du matériel de

## LA TELESURVEILLANCE MEDICALE EN FRANCE

La télémédecine constitue un marché en émergence pour les industries biomédicales, électroniques, ainsi que pour les télécommunications.

Parmi les applications de la télémédecine, la télésurveillance devrait favoriser le développement des alternatives à l'hospitalisation. La télésurveillance permet en effet de développer :

- les soins à domicile pour des personnes âgées ou malades demandant des soins réguliers, sans surveillance médicale permanente : systèmes de télé-alarme, messagerie minitel....

- l'hospitalisation à domicile et SAD aigus pour des personnes âgées ou opérées ayant besoin

d'une surveillance médicale permanente (rythme cardiaque ou respiratoire, glycémie, urée...) et/ou d'appareillage d'assistance : systèmes de « monitoring » à domicile.

**Pour les applications particulièrement porteuses comme la téléassistance médicale à**

domicile, la société Eutélis estime le marché français potentiel à terme à 22 Mrds F ; la taille de ce marché à l'horizon 1998 serait de 809 MF.

Sur le plan financier, l'essentiel des flux relèvera des services, plutôt que de l'industrie.

|                             | CA Marché potentiel (MF) | CA dans 5 ans (MF) | en %       |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------|------------|
| Grossesses à risques        | 1 500                    | 150                | 19         |
| Hypertension                | 600                      | 71                 | 9          |
| Suivi chirurgie ambulatoire | 1 000                    | 50                 | 6          |
| Auto électro cardiogramme   | 400                      | 20                 | 2          |
| Rééducation cardiaque       | 88                       | 4,4                | 1          |
| Diabète                     | 650                      | 32                 | 4          |
| Perfusions                  | 13000                    | 392                | 48         |
| Hémodyalise                 | 2200                     | 45                 | 6          |
| Insuffisance respiratoire   | 2200                     | 45                 | 6          |
| <b>Total</b>                | <b>21.638</b>            | <b>809</b>         | <b>100</b> |

Sources : Eutélis, Rapport Bieton 1993

# Un partenaire : L'ANVAR

Créée en 1968, l'Agence Nationale de Valorisation de la Recherche est un établissement public (EPIC), dont la mission principale est de soutenir l'effort d'innovation technologique des PME, quels que soient leur secteur d'activité. L'ANVAR a également pour fonction de faciliter les transferts de technologies des laboratoires à l'industrie, gérer les aides publiques à l'innovation et soutenir les projets de coopération européenne dont EUREKA.

Grâce aux aides à l'innovation (avance remboursable en cas de succès, à 0%, aide à l'embauche de chercheurs, aide au partenariat technologique européen, financement partiel d'études de marché et de faisabilité, ...), l'ANVAR partage avec l'entreprise le risque financier inhérent à la mise au point d'un produit ou procédé nouveau ou au transfert d'une technologie.

Outre ces aides, une procédure est spécifique au secteur du GBM : la procédure ACE/GBM, «d'aide et conseil à l'évaluation» des dispositifs biomédicaux innovants.

- L'aide au conseil accessible aux organismes de recherche et aux industriels, permet de positionner le dispositif dans l'environnement technologique, économique, médical, réglementaire (financement d'études de marché, d'analyse de la valeur, de propriété industrielle, etc...)

- L'aide à l'évaluation, accessible aux industriels permet de financer une évaluation clinique multi-centrique, basée sur des protocoles précis, menée par des utilisateurs potentiels dans des conditions se rapprochant autant que possible des usages de routine.

**ANVAR** : 43, rue Caumartin  
74436 Paris Cedex 09  
Tél. : (1) 40 17 83 00

Contact : Isabelle VALLÉE  
(Procédure ACE/GBM)

## L'HAD EN FRANCE

Une étude du CREDES (1) réalisée en 1994 révèle que les dépenses d'hospitalisation à domicile se montaient à 666 Millions de francs en 1991. 61 % de ces dépenses étaient effectuées par le secteur privé.

En 1991, le marché de l'HAD se répartissait de la façon suivante :

- 62,7 % : dépenses de personnel
- 11,8 % : biens médicaux (sérum, ...)
- 8,6 % : matériels et appareils médicaux
- 16,9 % : divers (dont frais de gestion).

Sur la période 1986-1991, les dépenses d'hospitalisation à domicile ont progressé de 45 %, soit un taux de croissance deux fois plus élevé que pour l'ensemble des dépenses hospitalières.

Les postes les plus concernés sont :

- les produits médicaux : + 111 %, croissance annuelle moyenne de 16 %
- le matériel médical : + 121 %, croissance annuelle moyenne de 17 %

La forte progression des dépenses de matériel est due à la plus grande utilisation des innovations technologiques et des technologies informatiques.

(1) CREDES «Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ?», 1994

## nouvelles brèves

▼ **IMPACT DES RMO SUR L'INDUSTRIE DU DIAGNOSTIC** Les laboratoires d'analyses médicales ont subi une forte baisse de leur activité, depuis la mise en place des RMO, alors même que la biologie ne représentait en 1994 que 2,2 % des remboursements de l'Assurance Maladie (contre 2,6 % en 1993).

Claude Buffard, président du Syndicat des Fabricants de réactifs de laboratoire observe que «la crainte des sanctions a provoqué une chute des prescriptions des actes de biologie par les cliniciens, qui s'est traduite par une baisse de 10,1 % des dépenses de biologie médicale (en 1994), avec pour conséquence une chute de 7 % du chiffre d'affaires de l'industrie du diagnostic». CA de l'industrie du diagnostic = 5,7 Mrds F (réactifs + instruments)

▼ **CIRCULAIRE DU 12 MAI 1995 (MISSION PMSI)** L'expérimentation menée en Languedoc-Roussillon, sur la réforme du financement et de la tarification des établissements de santé, pour l'activité court séjour (MCO) s'est achevée sur un constat optimiste. Les pouvoirs publics ont donc annoncé par la circulaire du 12 mai 1995, leur décision d'initier la généralisation de ce dispositif à l'ensemble des établissements hospitaliers publics et PSPH de France.

Concrètement, grâce à l'outil PMSI, l'activité de chaque établissement sera décrite en termes de GHM (Groupe Homogène de Malades). Un poids économique relatif de chaque GHM exprimé en points ISA (Indice Synthétique d'Activité) sera déterminé nationalement à partir d'un échantillon d'établissements. Pour chaque établissement, le volume réel de son activité de soins de courte durée sera alors mesuré en ISA et non plus seulement en nombre d'entrées ou de jours d'hospitalisation.

Une fois valorisés financièrement dans le cadre de la région (échelon de gestion de l'enveloppe des dépenses hospitalières autorisées), ces indices permettront de calculer la «dotation budgétaire théorique» pour chaque établissement.

## AIDE AU PARTENARIAT TECHNOLOGIQUE EUROPEEN

La coopération technologique et le développement de l'innovation contribuent fortement à la compétitivité des entreprises sur le marché européen et mondial de la Santé et sont, pour le tissu industriel et scientifique français, un moyen de renforcer son image et d'élargir sa clientèle potentielle.

DMS Conseil vous propose dans le cadre de financements ANVAR (de 50 à 75 %) une assistance pour trouver des partenaires, nouer des alliances stratégiques afin de monter des projets de recherche et développement.

**Votre contact : Karine GEORGES**

Editeur : DMS Conseil 4, rue Archimède 59650 Villeneuve d'Ascq - Sarl au capital de 500 000 F - © 20 05 16 18 - Directeur de la publication : P. M. BARRY  
Responsable de la Rédaction : F. LIAGRE - ISSN 1260 3554.  
Conception-Réalisation : FOR YOU © 20 88 38 38