



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com

**Annales de
cardiologie
et d'angéologie**

Annales de Cardiologie et d'Angéologie 67 (2018) 293–299

Article original

VIVOPTIM : retour d'expérience d'un programme expérimental de e-santé et de prévention primaire du risque cardiovasculaire global chez des sujets volontaires âgés de 30 à 70 ans

VIVOPTIM: Feedback of an e-Health experimental program of primary prevention of cardiovascular risk on 30 to 70 years old volunteers

A. Dibie^{a,*}, V. Femery^b, A. Dubois^b, J. Blacher^c, P. Beaunier^d, F. Thorez^e, J.M. Chabot^f,
C. Isnard-Bagnis^g, M. Benzaqui^e, R. Ohannessian^h, M. Garnier^b, I. Durand-Zaleskiⁱ, S. Ballouk^b,
P. Sosner^c, B. Pavy^j

^a Département de pathologie cardiaque, institut Mutualiste Montsouris, 42, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France

^b Mutuelle générale de l'éducation nationale, 3, square Max-Hymans, 75748 Paris cedex 15, France

^c Centre de diagnostic et thérapeutique, Hôtel-Dieu, université Paris Descartes, AP-HP, place du Parvis-Notre-Dame, 75004 Paris, France

^d 19, rue Monsieur, 75007 Paris, France

^e 66, 68, rue de la Glacière, 75013 Paris, France

^f Haute Autorité de Santé, 5, avenue du Stade-de-France, 93218 Saint-Denis, France

^g Hôpital de La Pitié-Salpêtrière, université Pierre-et-Marie-Curie, AP-HP, Paris, France

^h Télémedecine 360, Paris, France

ⁱ Santé publique hôpital Henri-Mondor, AP-HP, 51, avenue du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny, 94010 Créteil, France

^j Service de réadaptation cardiaque, centre hospitalier Loire Vendée Océan, 44270 Machecoul, France

Reçu le 6 septembre 2018 ; accepté le 7 septembre 2018

Disponible sur Internet le 6 octobre 2018

Résumé

Avec l'avènement de la e-santé et de la télémédecine, les usagers et les patients souhaitent aujourd'hui s'impliquer de façon croissante dans la prise en charge et l'amélioration de leur santé. En accord avec leurs ambitions stratégiques dans le domaine des nouveaux usages digitaux en santé et de la gestion du risque cardiovasculaire, la mutuelle complémentaire MGEN a lancé en novembre 2015 le programme VIVOPTIM de prévention primaire des maladies cardiovasculaires et d'accompagnement personnalisé. Il propose un continuum de services efficient supporté par une plateforme digitale et des interventions de professionnels de santé, réunis au sein d'une plateforme téléphonique d'accompagnement médicalisé. Ce programme a été expérimenté de novembre 2015 à décembre 2017, auprès de plus de 8000 adhérents de la MGEN, âgés de 30 à 70 ans et résidents dans deux régions françaises (Occitanie et Bourgogne Franche-Comté). Le bilan de l'expérimentation se révèle positif, à la fois en termes d'intérêt des adhérents, de réponse à leurs besoins d'accompagnement et d'efficacité sur leur état de santé. À la suite de ces résultats positifs, la généralisation du programme Vivotrim à toute la France a été validée par la gouvernance de MGEN et mise en œuvre le 11 juillet 2018. © 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Risque cardiovasculaire ; Prévention primaire ; Programme d'e-santé ; Monitoring ; Suivi individualisé

Abstract

Today by the e-health and the telemedicine, many people are more and more interested by the improvement of disease knowledge on cardiovascular diseases and associated risk factors, personalized self management support follow-up and e-Health monitoring. MGEN is a not-for-profit complementary health insurance gave itself the ways to use the new digital tools in health. MGEN developed an original and personalized program VIVOPTIM for the primary prevention of the cardiovascular risks for their members. The VIVOPTIM Pilot program is based upon digital services

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alain.dibie@imm.fr (A. Dibie).

<https://doi.org/10.1016/j.ancard.2018.09.002>

0003-3928/© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

and was experimented by November 2015 to December, 2017 with 8000 members of the MGEN, from 30 to 70 years old and resident in two French areas (Occitanie and Bourgogne Franche-Comté). The assessment of the experiment VIVOPTIM e-health program was positive for the personalized cardiovascular support and for their health. Therefore, the MGEN generalized the VIVOPTIM program of cardiovascular prevention, to the whole France on July 11th, 2018.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

Keywords: Cardiovascular risk; Primary prevention; E-health digital program; Monitoring; Personalized follow-up

1. Introduction

En 2015, 1,4 millions de nouveaux cas d'affection de longue durée (ALD) a été enregistré en France. Le nombre de personnes prises en charge à 100 % par l'assurance maladie dépasse ainsi les 10 millions. De plus, le vieillissement de la population accroît la proportion de malades chroniques. Les maladies cardio-neuro-vasculaires touchent 3,3 millions de personnes, pesant 35 % ALD. Le coût de ces maladies et le traitement du risque cardiovasculaire s'élève respectivement à 16 et 6,1 milliards d'euros en 2014 [1].

L'académie de médecine souligne que « sans action préventive aux différentes étapes de la vie, la France comptera 2,3 millions de personnes âgées dépendantes liées aux maladies chroniques en 2060 » [2]. Le ministère de la santé met en évidence, dans son rapport 2017 « l'état de santé de la population en France », un poids des décès prématurés important, une incidence des maladies chroniques qui ne régresse pas, ainsi qu'une prédominance accentuée des facteurs de risque majeurs de pathologies évitables tels que l'hypertension, le tabagisme, les hyperlipidémies, la mauvaise alimentation, la sédentarité, les surpoids et l'obésité [3].

Les leviers d'actions favorables à la diminution des facteurs de risque sont connus. Ainsi, les constats d'écart important entre recommandations nationales et suivi des malades démontrent des marges d'intervention et de progrès importantes en ce domaine. Par exemple, 12 % des hypertensions artérielles et 27 % des hyperlipidémies ne sont pas dépistées, 30 % des cas de diabète des 30–54 ans ne sont pas diagnostiqués. De même, en France, seuls 31 % des patients diabétiques font l'objet d'un suivi conforme aux recommandations quand cette proportion atteint 67 % au Royaume-Uni [4].

Avec l'avènement de la e-santé et de la télémédecine, les usagers et les patients souhaitent aujourd'hui s'impliquer de façon croissante dans leur prise en charge et dans l'amélioration de leur santé. Ils sont ainsi près de 60 % à attendre de leur médecin traitant qu'il soit force de proposition. La crainte de voir s'étendre les déserts médicaux, constitue également une préoccupation [5].

Partant du constat que les grands messages de prévention ne suffisent plus, la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) est convaincue que la santé 3.0 peut se révéler une aide précieuse pour l'accompagnement et le soutien de ses adhérents afin d'améliorer leurs soins et leur prise en charge. L'enjeu est de contribuer à changer les pratiques médicales, de modifier et de faire évoluer le système de santé, pour qu'il soit davantage en adéquation avec les besoins et modes de vie des

citoyens, mais aussi avec l'évolution sociétale et l'économie actuelle.

C'est pourquoi, fin 2015, MGEN a lancé Vivoptim, un programme d'e-santé innovant, sur la prévention primaire du risque cardiovasculaire global (RCVG). Cet article présente les premiers résultats et retours d'expérience d'une expérimentation de ce programme dans certaines régions françaises.

2. Matériel et méthodes

Le programme Vivoptim porte plusieurs ambitions :

- intégrer les nouveaux usages en santé offerts par l'innovation technologique et agir en amont sur l'évolution des facteurs de risque et d'aggravation des pathologies chroniques cardio-vasculaires et métaboliques permettant ainsi d'améliorer sa qualité de vie et de renforcer son autonomie dans la gestion de sa maladie ;
- proposer un programme de prévention personnalisée, en complémentarité de l'offre de soins actuelle et dans le respect des parcours de soins des adhérents ;
- concourir à une organisation innovante du système de santé de premier recours par l'accompagnement dans la durée des adhérents.

Pour assurer ces ambitions, un consortium de onze entreprises partenaires a été retenu pour trouver des solutions et développer des outils sur-mesure visant à couvrir une chaîne complète de services et pouvant intégrer plusieurs milliers d'adhérents (contre quelques centaines dans d'autres expérimentations). Vivoptim utilise de nombreux canaux de communication pour comparer les usages : digital, contacts téléphoniques, interventions de professionnels de santé (PS) de proximité. Pour étudier l'ensemble des aspects du programme expérimental, trois évaluations ont été prévues :

- une socio-organisationnelle (étude de l'appropriation et des usages des différents services mis à la disposition des participants) ;
- une clinique (étude des effets du programme sur des critères de santé tels que le poids ou la tension artérielle et/ou comportementaux tels que la mesure de l'activité physique ou la consommation de tabac) ;
- une médico-économique (étude des coûts engendrés et/ou économisés en santé par le programme).

Enfin, Vivoptim s'appuie sur un comité scientifique et médical dont la mission a été d'élaborer les spécifications médicales du programme, de valider ses contenus, de garantir sa qualité scientifique, d'accompagner son déploiement, de s'assurer du respect du parcours de soins et de la qualité des protocoles d'évaluation.

Le déploiement du programme expérimental a débuté le 23 novembre 2015 et a pris fin le 31 décembre 2017, la période d'inclusion allant jusqu'au 15 juillet 2016. Au total, 250 000 adhérents de MGEN, âgés de 30 à 70 ans, étaient ciblés dans les régions Bourgogne Franche-Comté et Occitanie. Leur participation au programme se faisait sur la base du volontariat. L'objectif était d'accompagner pendant au moins 18 mois ces volontaires en les encourageant à rester actifs, en leur proposant de nouveaux défis en santé et en les aidant à définir des objectifs dans la perspective d'optimiser leurs habitudes de vie au quotidien, quel que soit leur état de santé actuel. Ils ont été informés par différents canaux : courrier postal, e-mailing, entretien téléphonique d'inclusion, information en maison mutualiste. MGEN a également sensibilisé l'ensemble des médecins généralistes des deux régions par courrier et via les Unions régionales de professionnels de santé. Une information préalable avait aussi été donnée aux Agences régionales de santé et au Conseil National de l'ordre des médecins.

La Fig. 1 présente les quatre briques de services autour desquelles le programme Vivoptim s'articule à savoir la sensibilisation des assurés aux problématiques de santé cardiovasculaire, l'évaluation du RCVG, un accompagnement individualisé pour éviter une aggravation des facteurs de risque ou pour éviter des complications pathologiques et le suivi de la motivation, de l'assiduité et de l'observance.

Ce programme de prévention est constitué d'une plateforme multi-services comprenant une plateforme numérique intégrant de nombreux outils digitaux en support du bouquet de services (portails, calendrier et suivi de la progression dans le programme, outil d'évaluation, *e-learning*, *e-coaching*, télé-suivi des données collectées à domicile, outils

communautaires, application mobile...) et une plateforme téléphonique d'accompagnement médicalisée, appuyée sur des prestataires spécialisés (infirmiers, diététiciens, tabacologues et éducateurs sportifs en activité physique adaptée) reliés au système d'information de Vivoptim. Le rôle de ces prestataires est non seulement d'intervenir de façon proactive pour réaliser l'inclusion des adhérents, mais surtout de suivre les cohortes d'adhérents inclus et de réaliser les séances de *coaching* ou les appels de suivi motivationnel selon les spécifications du programme [6].

La Fig. 2 décrit le parcours du participant depuis sa découverte du service jusqu'à la fin de son suivi personnalisé. Avant de commencer ce suivi, le participant remplissait un questionnaire initial permettant d'évaluer son RCVG. Il était alors assigné à un des trois niveaux d'accompagnement appelés « Déclat » (RCVG faible), « Impulsion » (RCVG modéré) et « Envol » (RCVG élevé et participant ayant déjà eu un événement cardiovasculaire). Les participants « Déclat » avaient directement accès à leur espace personnel sur la plateforme numérique alors que les « Impulsion » et « Envol », remplissaient un second questionnaire, plus détaillé, afin de personnaliser au mieux l'accompagnement téléphonique auquel ils auraient accès. Au cours du premier entretien motivationnel, un parcours de prévention était choisi (parmi 13 thèmes comme le diabète, l'athérosclérose, l'obésité/surpoids, le tabac...) et des objectifs individuels étaient définis (parmi 3 catégories « mieux bouger », « mieux manger » ou « mieux se soigner »). Puis, les participants « Impulsion » bénéficiaient de 3 entretiens téléphoniques sur 6 mois et les « Envol » de 8 sur 18 mois. Afin de permettre un meilleur suivi auprès de la plateforme médicalisée et de leur médecin, la MGEN a mis à disposition de certains participants « Envol » un tensiomètre ou une balance connectés. Ce sous-groupe est appelé « Envol + ».

Depuis son portail Vivoptim, le participant avait accès à des contenus (articles, vidéos, quizz) scientifiques validés sur le risque cardiovasculaire et sa prévention (règles hygiéno-diététiques, informations sur les maladies...). Il pouvait saisir



Fig. 1. Description des quatre types de services composant le programme expérimental Vivoptim.

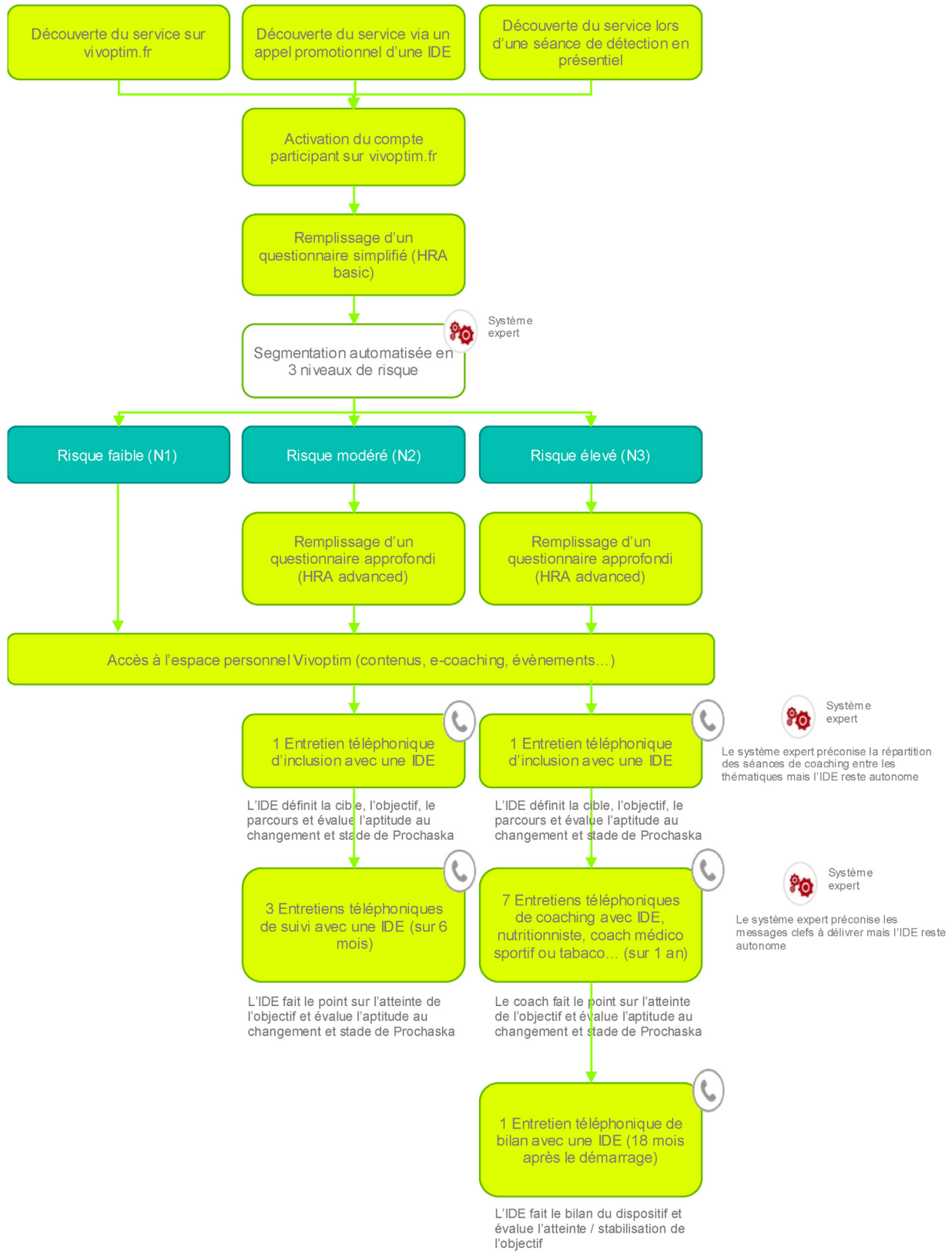


Fig. 2. Parcours d'un participant au programme expérimental Vivoptim depuis sa découverte jusqu'à la fin de l'accompagnement individuel personnalisé.

des données de santé (taux de cholestérol, glycémie, poids, tension artérielle, activité physique, consommation de tabac...), mais aussi visualiser son taux d'avancement dans le programme, consulter son calendrier de *coaching*...

Les séances d'accompagnement téléphonique étaient structurées autour des points suivants : analyse des objectifs fixés lors de la dernière séance, déroulement de la séance de *coaching*, bilan des connaissances acquises, synthèse des objectifs à atteindre.

MGEN n'avait pas accès aux données personnelles dont celles de santé qui étaient strictement réservées à la connaissance des participants, de leurs médecins traitants et des PS de la plateforme médicalisée. Pour le suivi du programme, l'hébergeur de la plateforme numérique fournissait régulièrement des données résumées (et anonymes) à la MGEN. Seules les données des participants ayant donné leur consentement étaient utilisables pour les évaluations (après anonymisation).

Le programme Vivoptim et l'évaluation médico-économique ont obtenu l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) respectivement le 16 juillet 2015 et le 13 novembre 2017. La signature de la convention entre la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et l'institut national des données de santé, est attendue pour pouvoir conduire cette évaluation. L'autorisation de la CNIL n'était pas nécessaire pour les deux autres évaluations. Les protocoles des évaluations ont cependant été soumis à l'avis du comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé. Les résultats des trois évaluations feront prochainement l'objet d'articles scientifiques distincts. Ils ne sont donc pas détaillés dans la partie « Résultats ».

Le financement du programme est porté uniquement par MGEN.

3. Résultats

La Fig. 3 présente les indicateurs du déploiement du programme expérimental Vivoptim. Outre les 14 000 comptes créés,

la plateforme numérique (Vivoptim.fr) compte au total plus de 43 000 visiteurs et plus de 143 000 pages vues. De plus, il y a eu un référencement naturel sur google lors de la recherche d'un article sur la e-santé, bien qu'il n'y ait pas eu d'achat de liens sponsorisés ou de mots clés.

Parmi les 8484 adhérents ayant participé au programme :

- 3524 étaient dans le niveau « Déclic », 1504 dans « Impulsion », et 3456 dans Envol (dont 6 % « d'Envol + ») ;
- 57 % sont des femmes ;
- l'âge moyen est de 59,1 ans. Les 30–39 ans représentent seulement 3 % et les 40–49 ans 15 % alors que les 50–59 ans sont 26 % et les 60–70 ans 55 % ;
- 57 % sont des actifs (âge moyen 53,5 ans) et 43 % des retraités (âge moyen 66,6 ans) ;
- 24 % vivent en Bourgogne, 11 % en France-Comté, 23 % en Languedoc-Roussillon et 43 % en Midi-Pyrénées.

La répartition hommes/femmes est similaire à celle des 250 000 adhérents éligibles (données non publiées). Compte tenu du lancement plus tardif (le 6 mai 2016) en Franche-Comté et Languedoc Roussillon, la répartition géographique des participants est-elle aussi cohérente avec celles des adhérents éligibles. En revanche, l'âge moyen est supérieur d'environ six ans et les 30–49 ans sont sous-représentés dans le programme alors que les 60–70 ans sont surreprésentés (pourcentage similaire pour les 50–59 ans parmi les participants et les éligibles).

Concernant les participants « Impulsion » et « Envol », l'objectif était de « mieux manger » pour 63 %, « mieux bouger » pour 28 %, et « mieux se soigner » pour 9 %. 87 % des participants ont choisi l'un des 6 thèmes portant sur un facteur de risque modifiable (43 % obésité et surpoids, 25 % athérosclérose, 9 % sédentarité, 8 % hypertension artérielle, 2 % tabagisme). Au total, la plateforme médicalisée a réalisé près de 10 000 appels de suivi.

Plus les participants étaient accompagnés, plus ils étaient actifs et assidus. Ainsi, les « Déclic » ont un taux d'assiduité

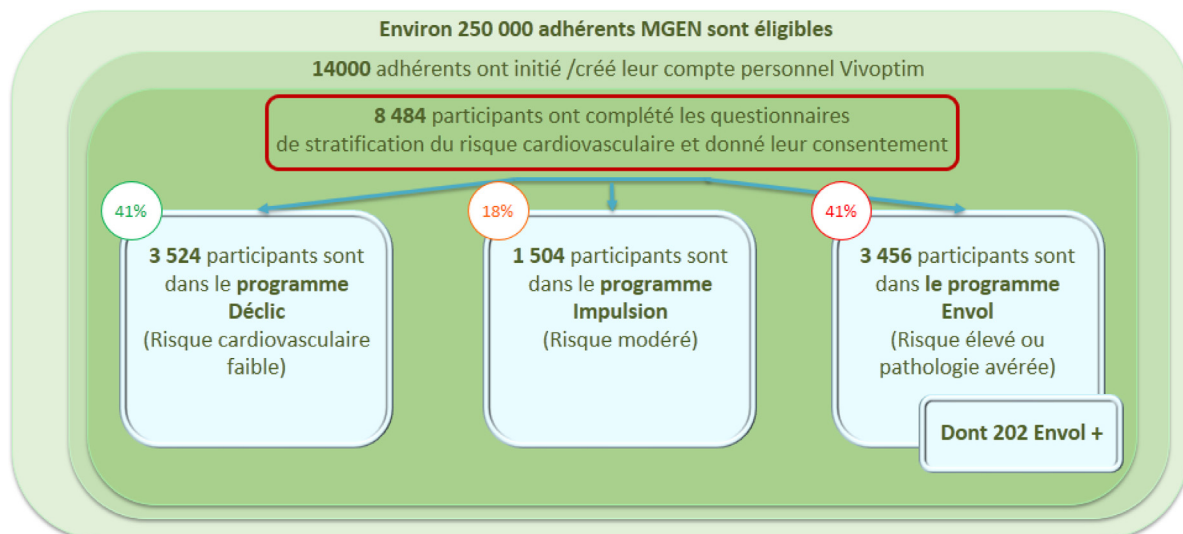


Fig. 3. Principaux indicateurs pour le programme expérimental Vivoptim.

de 36 % (plateforme numérique seule), alors que les « Impulsion » sont à 78 % (plateforme numérique et téléphonique avec 3 suivis) et les « Envol » à 86 % (8 appels téléphoniques).

Enfin, s'agissant des demandes de sortie du programme (241 au total soit 2,8 % des participants), le constat est semblable : le taux de sortie chute à 0,3 % après le premier suivi de la plateforme téléphonique.

4. Discussion

Si notre système de santé reste performant, il n'en souffre pas moins d'insuffisances majeures, notamment en matière de prévention. La prévention doit jouer un rôle déterminant pour améliorer et sortir du système de soins exclusivement curatif, sur lequel se sont concentrés jusqu'à présent les Pouvoirs Publics. La prévention et le suivi des pathologies chroniques cardiovasculaires nécessitent une intervention au long cours sur les facteurs de risque modifiables et sur la bonne observance des traitements et des examens. Pour assurer la prise en charge de la prévention, le temps de la consultation médicale usuelle n'est pas adapté. Par ailleurs, l'offre de soins actuelle répond seulement partiellement à ce besoin de prévention dû au manque de certains PS spécialisés (comme les diététiciens ou les psychologues) et au coût des consultations non remboursées par l'Assurance Maladie. D'autres modes d'accompagnement doivent donc être proposés au patient afin de bénéficier d'un suivi adapté, comme le programme Vivoptim.

Ce programme innove via l'autonomisation de la gestion des facteurs de risque cardiovasculaire modifiables entraînant, à long terme, l'optimisation de l'état de santé global. Il couvre une chaîne complète de services, de la sensibilisation à l'auto-évaluation, sans oublier l'accompagnement personnalisé des participants atteints ou non par des pathologies cardiovasculaires. Vivoptim se positionne en complémentarité du parcours de soins mais aussi des services en santé proposés par la CNAM, tels que SOPHIA-Diabète et PRADO-Insuffisance cardiaque, qui proposent une prise en charge des patients en ALD aux pathologies complexes et ciblent le suivi à domicile de l'observance médicamenteuse et du parcours de soins [7,8]. En effet, Vivoptim cible en priorité des malades chroniques non complexes ou des personnes présentant des facteurs de risque sans pathologie déclarée.

Le suivi du participant Vivoptim a été conçu dans la perspective d'une fluidité évitant les étapes inutiles et permettant de maximiser le taux de recours au programme et le maintien sur le long terme de l'utilisation du service. Il permet également un ajustement permanent du suivi individuel en fonction du niveau de risque du patient et de sa motivation. Les retours des participants montrent d'ailleurs un plébiscite de l'accompagnement par les PS de la plateforme médicalisée. Cette expérimentation confirme que les mutuelles sont des acteurs légitimes et pertinents de la prévention. Elle conforte aussi le parti-pris initial de déléguer le déploiement du programme aux militants des régions et départements concernés, valorisant ainsi la démarche de proximité.

Malgré un assez bon accueil de leur part, il a été observé peu d'implication directe des médecins au programme bien qu'ils

aient apprécié l'application mobile et la fiche de synthèse leur permettant de visualiser en moins de 2 minutes les données importantes sur la prise en charge de leur patient. Dans ce cadre, il est important de préciser que le programme est conçu pour consolider la relation patient-médecin et non la remplacer. Le médecin traitant de l'assuré est ainsi acteur du programme en orientant son patient vers des modules d'accompagnement adaptés à sa prise en charge. Vivoptim permet alors aux patients de devenir acteurs de leur santé en renforçant leur communication avec leur entourage médical et en leur apportant une meilleure compréhension de leur maladie et de sa prise en charge.

Au-delà des seules informations de santé, les adhérents MGEN sollicitent des solutions innovantes et sur-mesure d'accompagnement, telles que celle proposée par Vivoptim. Lors des retours sur le programme expérimental, des attentes complémentaires sont évoquées concernant, par exemple, les troubles du sommeil, le stress ou la mise à disposition de contenus médicaux de qualité. Il s'agit de premières pistes d'enrichissement de l'offre future.

À partir des résultats du programme expérimental, il était capital de trouver des solutions visant à optimiser et à réduire les coûts de service afin d'étendre l'expérience à l'ensemble des adhérents français. Cette optimisation devait aussi permettre le maintien de la consistance et des bénéfices sur la santé du dispositif expérimental. Pour y parvenir, trois axes ont été étudiés :

- faciliter le processus de recrutement des participants. Il est proposé de communiquer par écrit avec les adhérents en privilégiant les courriels et en évitant les appels téléphoniques et courriers, moyens très onéreux. Un second levier consiste à mutualiser cette communication écrite avec les autres actions de communication habituelles. Au-delà du fait d'optimiser les coûts, cette stratégie permettra d'apporter plus de cohérence et de fluidité dans la communication de MGEN ;
- augmenter le taux de participation et optimiser le processus de stratification du risque. Dans le programme expérimental, on observe 40 % d'abandon avant même l'évaluation du risque cardiovasculaire, du fait d'un processus d'entrée trop long et complexe. La possibilité de réaliser son évaluation, en moins de 3 minutes, depuis le portail grand public, sans conserver les données sensibles, semble une optimisation clé et contribuera à l'augmentation du taux de conversion. De plus, il est prévu de recentrer les efforts sur les adhérents présentant des risques avérés, et d'orienter ceux qui ont un risque faible vers un accompagnement plus adapté. Pour cela, la définition des différents niveaux de risque a été revue avec le comité scientifique ;
- réduire le nombre et la durée des interventions. L'accompagnement des participants « Impulsion » prévoyait 3 appels de suivi, et celui des participants « Envol » 8 au total. En plus de la modification de stratification, il est prévu de limiter le nombre d'interventions à 4, en les espaçant dans le temps. La mise à disposition d'offres payantes et de suivi complémentaire doit encore être étudiée. Par ailleurs, la mise en place de processus automatisés pour le suivi téléphonique, afin d'optimiser le temps passé par les

PS de la plateforme médicalisée, devrait aussi permettre de réduire les coûts.

La cohorte des participants Vivoptim est l'une des plus grandes, en vie réelle, dans le domaine de la santé et de la prévention en France. Vivoptim démontre là, sa capacité à inclure un nombre important de participants en un temps limité. Dans la littérature, on retrouve peu de programmes européens de prévention primaire et d'accompagnement des maladies cardiovasculaires. Le rapport de l'étude européenne EuroHeart–Lot 5- initiée en 2009 décrit les modes de suivi (Hypertension, maladie coronaire) et souligne que l'analyse des résultats est différente selon les pays. La plupart des pays ont déclaré disposer d'objectifs de promotion de la santé et de la prévention des maladies cardiovasculaires. Mais les commentaires sur l'efficacité de la prévention ou leur comparaison et l'évaluation des différentes approches dans chaque pays n'entrent pas dans le cadre de ce projet [9].

La méta-analyse canadienne Cochrane, confirme que les modifications du mode de vie impactent favorablement les événements cardiovasculaires, majoritairement chez les patients ayant des facteurs de risque [10].

En France, Vigisanté de l'assureur Malakoff Médéric, constitue un mode alternatif et pertinent de repérage des risques de santé, permettant d'enclencher puis d'accélérer le diagnostic et/ou la prise en charge par le médecin traitant des patients hypertendus. Une évaluation médico-économique, menée par l'Inserm et Télécom Bretagne, est actuellement en cours et devrait confirmer ces premiers constats. [11]. La e-santé évolue très rapidement dans le sens de la sensibilisation de la population et des salariés en particulier, aux risques des maladies cardiovasculaires et leur prévention. Le site Santé-sens (AXA France), propose aux entreprises, depuis 2015, un programme de prévention et d'évaluation des risques cardiovasculaires, sur un modèle accessible par internet très simple d'utilisation.

Comparé à ces offres, Vivoptim apparaît aujourd'hui comme un modèle original de suivi personnalisé. L'importance des données de santé et de bien-être collectées est inédite et augure de réelles perspectives en terme de recherche d'intérêt général et de santé publique mais aussi d'enrichissement du nouveau dossier médical partagé.

5. Conclusion

Vivoptim est un programme personnalisé de prévention du risque cardiovasculaire permettant à l'utilisateur de prendre conscience de l'impact de ses habitudes de vie sur les risques cardiovasculaires et de l'encourager à devenir acteur de sa santé.

L'usage des nouvelles technologies permet aujourd'hui aux participants du programme d'agir, de se prendre en charge et de disposer d'outils simples, personnalisés et à usage instantané. La e-santé, loin de déshumaniser la relation patient/PS, permet d'apporter plus de proximité, de liberté et d'autonomie, tout en améliorant l'accès à la santé pour tous. Les premiers résultats du programme Vivoptim démontrent la légitimité des mutuelles complémentaires santé, à agir dans le cadre de programmes d'accompagnement. Cette expérimentation pilote limitée à deux régions françaises a montré qu'un programme de télémedecine, inscrit dans le respect du parcours de soins, permet de valoriser l'entreprise comme « nouveau territoire de santé active ». À la suite des résultats positifs, la généralisation du programme Vivoptim à toute la France, a été validée par la gouvernance de MGEN et mise en œuvre le 11 juillet 2018.

Déclaration de liens d'intérêts

L'ensemble des auteurs déclarent avoir participé à la construction et au suivi du programme Vivoptim.

Remerciements

Les auteurs souhaitent vivement remercier l'ensemble des partenaires institutionnels et opérationnels sans qui ce projet n'aurait pu être initié et conduit jusqu'à son terme.

En particulier, les initiateurs Thierry Baudet et Isabelle Hébert qui ont construit ce projet en accord avec le reste de la gouvernance du groupe MGEN.

Références

- [1] Comité Français de Lutte contre l'hypertension Artérielle – 2018.
- [2] Fédération Française des diabétiques – 2015 Diabète : 3,7 millions.
- [3] OCDE 2017 Obésité <https://data.oecd.org/fr/healthrisk/population-en-surpoids-ou-obese.htm>.
- [4] Diouf I, Charles MA, Ducimetière P, Basdevant A, Eschwege E, Heude B. Evolution of obesity prevalence in France: an age-period-cohort analysis. *Epidemiology* 2010;21:360–5.
- [5] (HAS 2004) Hypercholestérolémie : 9 millions.
- [6] site Vivoptim: www.vivoptim.com.
- [7] Programme d'accompagnement de retour à domicile « PRADO » de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés HAS avril 2005.
- [8] Programme SOPHIA 2007 ; IGAS, RAPPORT N° RM201 2-033P.p68, paragraphe 4.2.
- [9] Programme EUROHEART Lot 5 septembre 2009.
- [10] Ebrahim S, Taylor F, Ward K, Beswick A, Burke M, Davey Smith G. Multiple risk factor interventions for primary prevention of coronary heart disease. In: Ebrahim S, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [pp. CD001561].
- [11] Vigisanté, Malakoff-Médéric décembre 2010. www.malakoffmederic.com.