



Collège
National des
Cardiologues des
Hôpitaux

Télémédecine Télesurveillance

Insuffisance Cardiaque Chronique

CNCH 23-24 Nov. 2017

Dr. Alain Dibie

Institut Mutualiste Montsouris, Paris



Déclaration de liens d'intérêts

Consultant pour les compagnies:

- Biosensors,
- Boston Scientific.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Définition de la Télémédecine

Définition légale en France

« une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication »

Article L. 6316-1 du code la santé publique issu de la loi du 21 juillet 2009

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Télémédecine

Elle recouvre cinq types d'actes :

- la **téléconsultation** (consultation à distance d'un médecin),
- la **télé-expertise** (sollicitation à distance de l'avis d'un autre médecin),
- la **télesurveillance** (surveillance médicale et interprétation des données du suivi médical du patient à distance),
- la **téléassistance** (assistance à distance d'un médecin à un autre professionnel de santé pendant la réalisation d'un acte),
- ainsi que la réponse apportée dans le cadre de la **régulation médicale** des appels au SAMU.

Dispositions du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 codifiées à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique.



ETAPES : Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration du Parcours En Santé

Recouvre l'ensemble des expérimentations issues de
l'article 36 de la LFSS 2014

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale 2014 (version initiale)

- ❖ Des expérimentations portant sur le déploiement de la télémédecine (art. L.6316-1) peuvent être menées à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de quatre ans, dans des régions pilotes
- ❖ Ces expérimentations portent sur la réalisation d'actes de télémédecine pour des patients pris en charge, d'une part, en médecine de ville et, d'autre part, en structures médico-sociales
- ❖ Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans un cahier des charges
- ❖ Ces expérimentations concernent :
 - La téléconsultation
 - La téléexpertise
 - La télésurveillance pour 4 premières pathologies en lien avec les sociétés savantes correspondantes

Article 91 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 (1)

- ❖ Proroge d'un an le dispositif expérimental pour disposer d'une évaluation médico-économique
- ❖ Elargit à l'ensemble des régions le périmètre géographique de l'expérimentation pour tous les cahiers des charges parus ou à paraître
- ❖ Permet aux établissements de santé de participer à l'expérimentation (pour les patients non hospitalisés) afin d'élargir le nombre de professionnels et de patients éligibles, et de pouvoir analyser les éventuelles spécificités liées à ce mode de prise en charge
- ❖ Finance les surcoûts supportés par les structures requérantes (ES, EHPAD, MPS), pour lesquelles les premiers travaux ont montré qu'en phase expérimentale, ces surcoûts représentaient un frein réel
- ❖ Supprime l'obligation de conventionnement tripartite entre agences régionales de santé, organismes locaux d'assurance maladie et professionnels

ETAPES

- ❖ Objectif principal des expérimentations :
 - **fixer une tarification préfiguratrice des actes de télémédecine** permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé
- ❖ ETAPES doit permettre de :
 - **Cibler des patients à risque d'hospitalisations récurrentes** ou des patients à risque de complications à moyen et long termes
 - Parvenir à un état de stabilité de la maladie, voire d'amélioration par un accès rapide à l'avis d'un spécialiste ou d'un expert
 - Améliorer la qualité des soins et leur efficacité
 - Améliorer la qualité de vie des patients
 - Faciliter l'accès du patient à une expertise de haut niveau tout en restant dans le parcours de soin

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

télémédecine

ETAPES :
TELESURVEILLANCE

TLS

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Missions des acteurs impliqués (TLS)

❖ Accompagnement thérapeutique :

- Complémentaire de l'ETP pour le patient et/ou ses proches
- **Indispensable** pour permettre au patient de s'impliquer dans sa surveillance et d'adhérer ainsi à son plan de soin
- Accord préalable du patient
- Séances sous forme présentielle ou à distance
- Réalisé par un professionnel de santé formé

Prérequis pour le professionnel de santé afin de faire l'accompagnement thérapeutique :

- Pour les médecins :
 - formation minimale de 40 heures, conformément au décret du 2 août 2010
 - ou DU d'éducation thérapeutique ou DPC portant sur l'éducation thérapeutique
- Pour les autres professionnels de santé :
 - formation minimale de 40 heures, conformément au décret du 2 août 2010
 - ou DU d'éducation thérapeutique
 - ou validation d'un programme DPC portant sur l'éducation thérapeutique
 - et programme DPC portant sur la ou les pathologies concernées

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 6 décembre 2016 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Télesurveillance



La télésurveillance médicale:

permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance des données du suivi médical du patient.

Éléments communs à tous les cahiers des charges TLS

- ❖ Choix des patients les plus sévères : en **ALD** :
 - à domicile
 - en structures médico-sociales
- ❖ Choix de critères minimaux pour les solutions techniques
- ❖ Simplification contractuelle : **simple déclaration** d'activité à l'ARS
- ❖ Évaluation à partir des données SNIIRAM
- ❖ Modèle de rémunération innovant :
 - innovation organisationnelle
 - Incitative

Périmètre TLS

▶ Patients non éligibles :

- Impossibilité physique ou psychique d'utiliser tous les composants du projet de TLS selon le jugement du médecin désirant inclure le patient dans le projet de TLS
- Toute pathologie associée existante au jour de l'inclusion, impliquant selon le médecin incluant le patient une espérance de vie < 12 mois
- Compliance habituelle faible estimée selon le médecin incluant le patient
- Refus du patient d'avoir un accompagnement thérapeutique
- Absence de lieu de séjour fixe
- + critères de non éligibilité spécifiques à chaque maladie chronique



5 cahiers des charges télésurveillance thématiques

Date de publication

❖ Insuffisance cardiaque chronique

❖ Insuffisance rénale chronique

❖ Insuffisance respiratoire

❖ Diabète

❖ Patients porteurs d'un défibrillateur automatique implantable

• Décembre 16

• Début 2017

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Critères d'inclusion spécifiques insuffisance cardiaque (TLS)

- ❖ Patients éligibles : ceux remplissant l'une des deux conditions suivantes.
 - **Hospitalisation au cours des 30 derniers jours** pour une poussée d'IC chronique (diagnostic principal selon le compte rendu ou le codage CIM 10 – I500/I501/I502/I509)
 - **Hospitalisation au moins une fois au cours des 12 derniers mois** pour une poussée d'IC chronique (diagnostic principal selon le compte rendu ou le codage CIM 10 – I500/I501/I502/I509) et actuellement en classe NYHA ≥ 2 avec un taux élevé de peptides natriurétiques (BNP > 100 pg/ml ou NT-proBNP > 1000 pg/ml)
- ❖ Patients porteurs ou non de dispositif de type simulateur ou défibrillateur cardiaque :
 - Le projet de TLS ne doit pas reposer sur des dispositifs à finalité rythmologique (TLS de ces dispositifs non incluse dans le périmètre du présent cahier des charges)

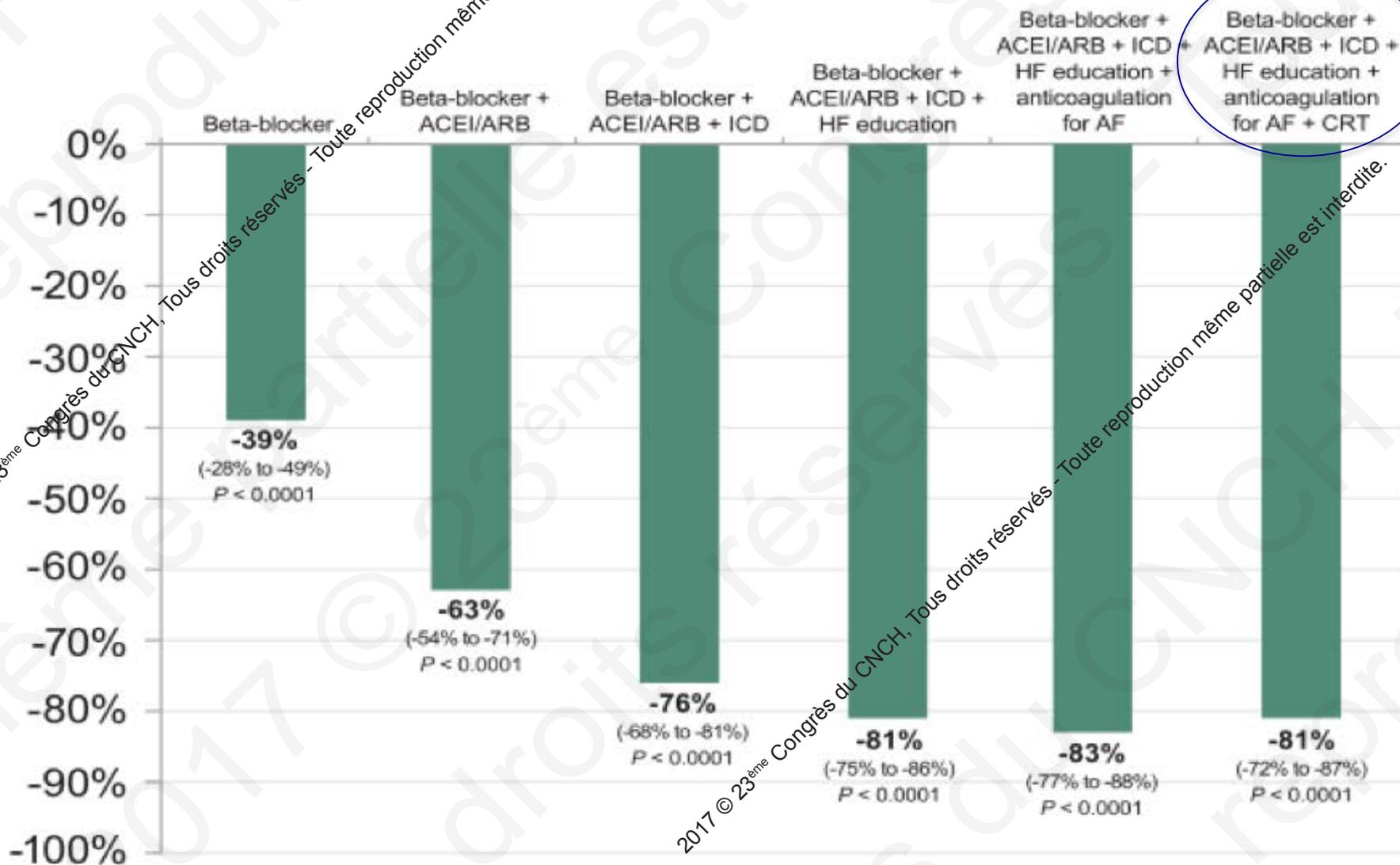
Problématique de l'Insuffisance Cardiaque Chronique

- La sous prescription
- L'impact des comorbidités
- L'impact de l'Age
- L'impact de l'accès au circuit cardiologique
 - L'importance de l'ETP
 - Le Poids des réhospitalisations

Plus on traite mieux on soigne

Heart Failure Therapies

Change in Odds of 24-Month Mortality (%)



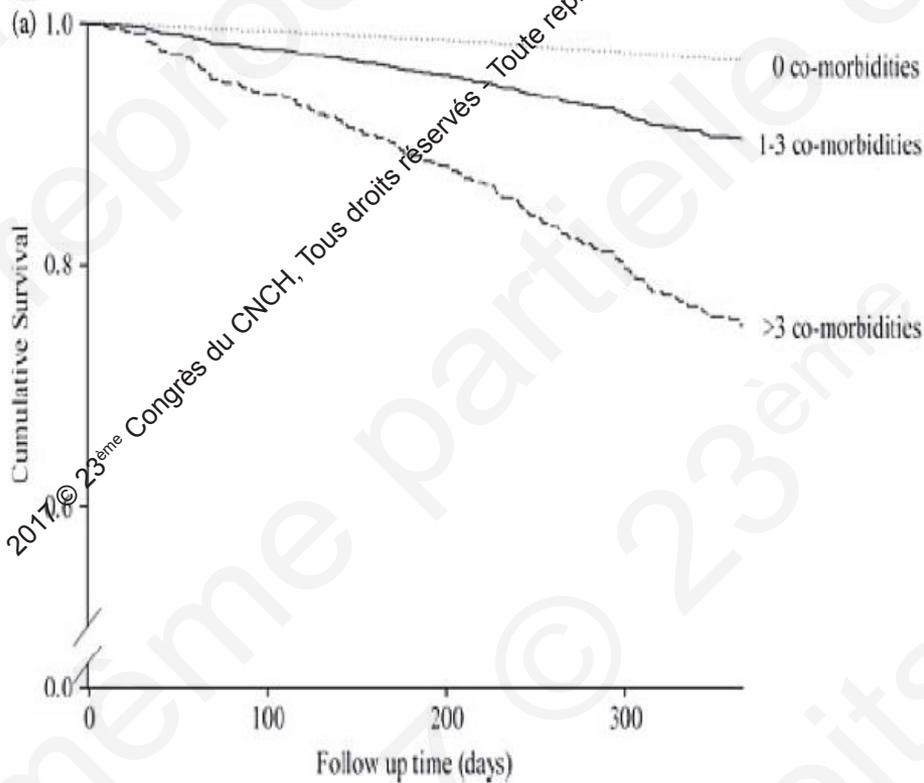
(ICD: défibrillateur implantable)

J Am heart Assoc 2012,1:16-26

Plus il y a de comorbidités plus le risque est important

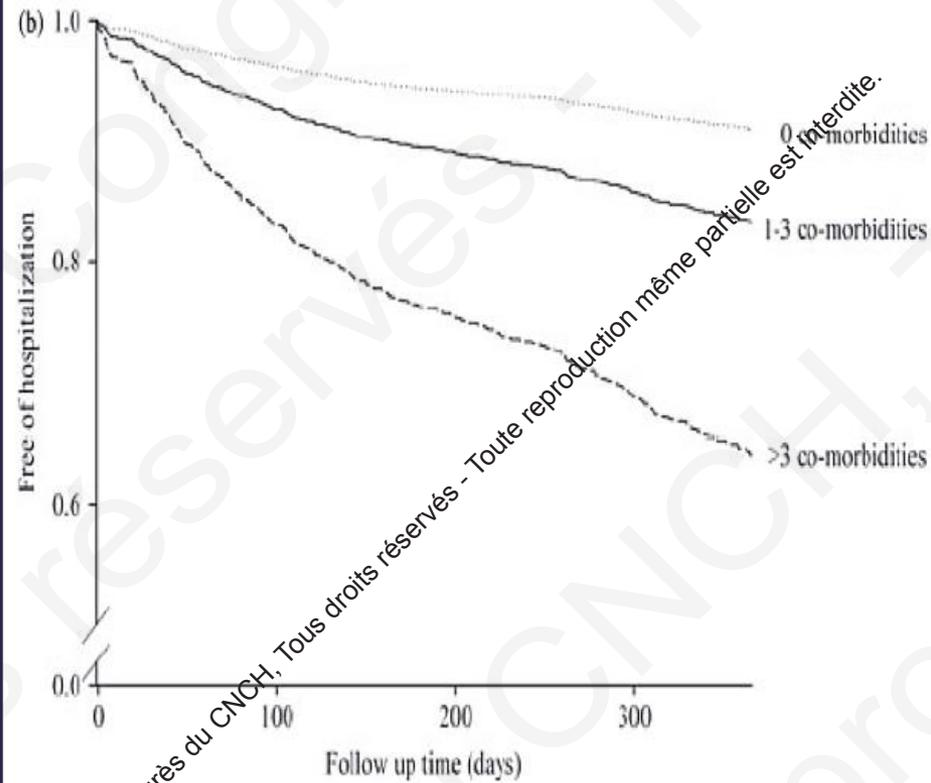
MORTALITÉ

chez les groupes à comorbidités multiples



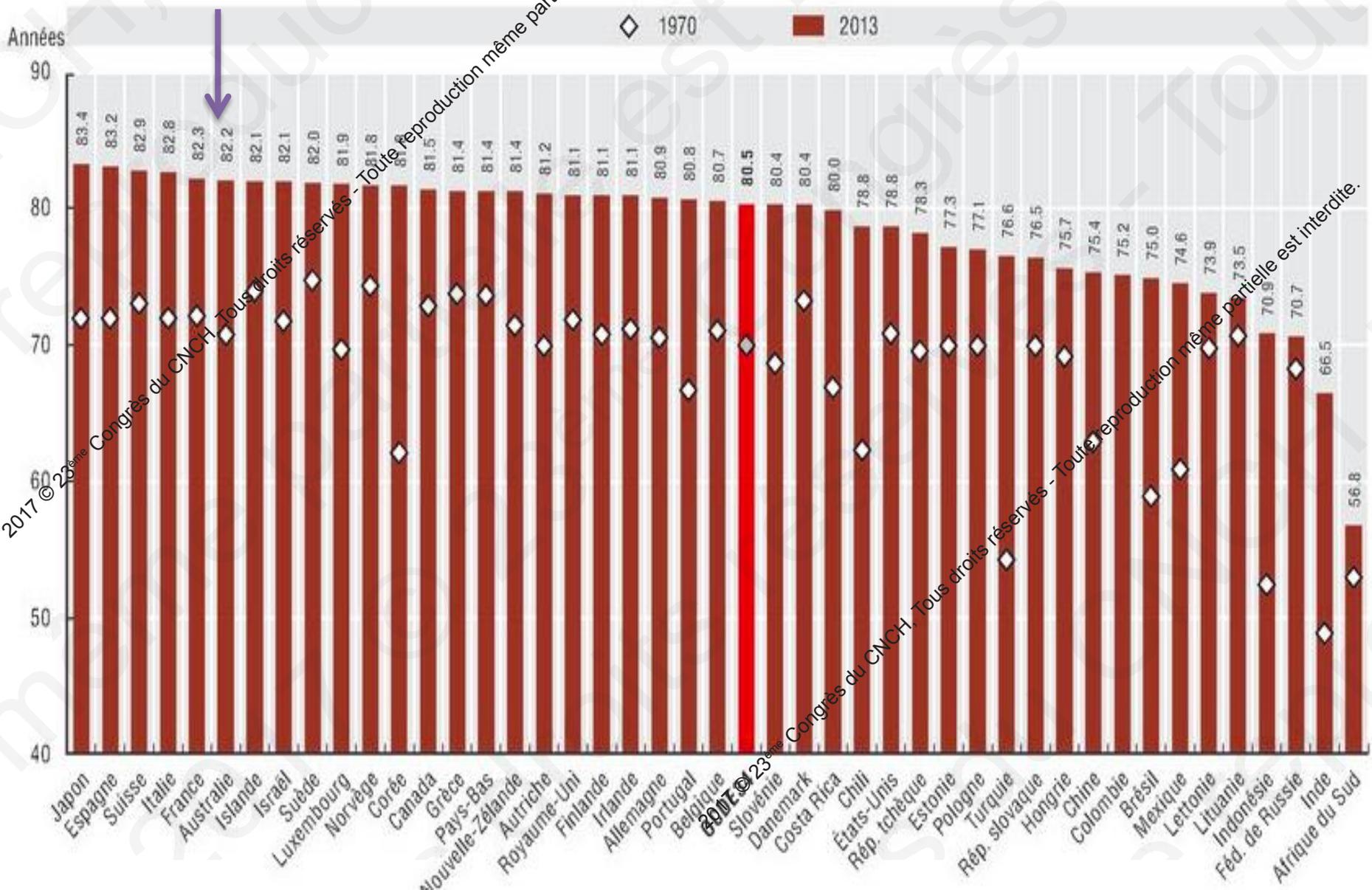
HOSPITALISATION pour IC

chez les groupes à comorbidités multiples



Age: espérance de vie

3.1. Espérance de vie à la naissance, 1970 et 2013 (ou années les plus proches)



Définition de l'Éducation Thérapeutique

Éducation thérapeutique ?

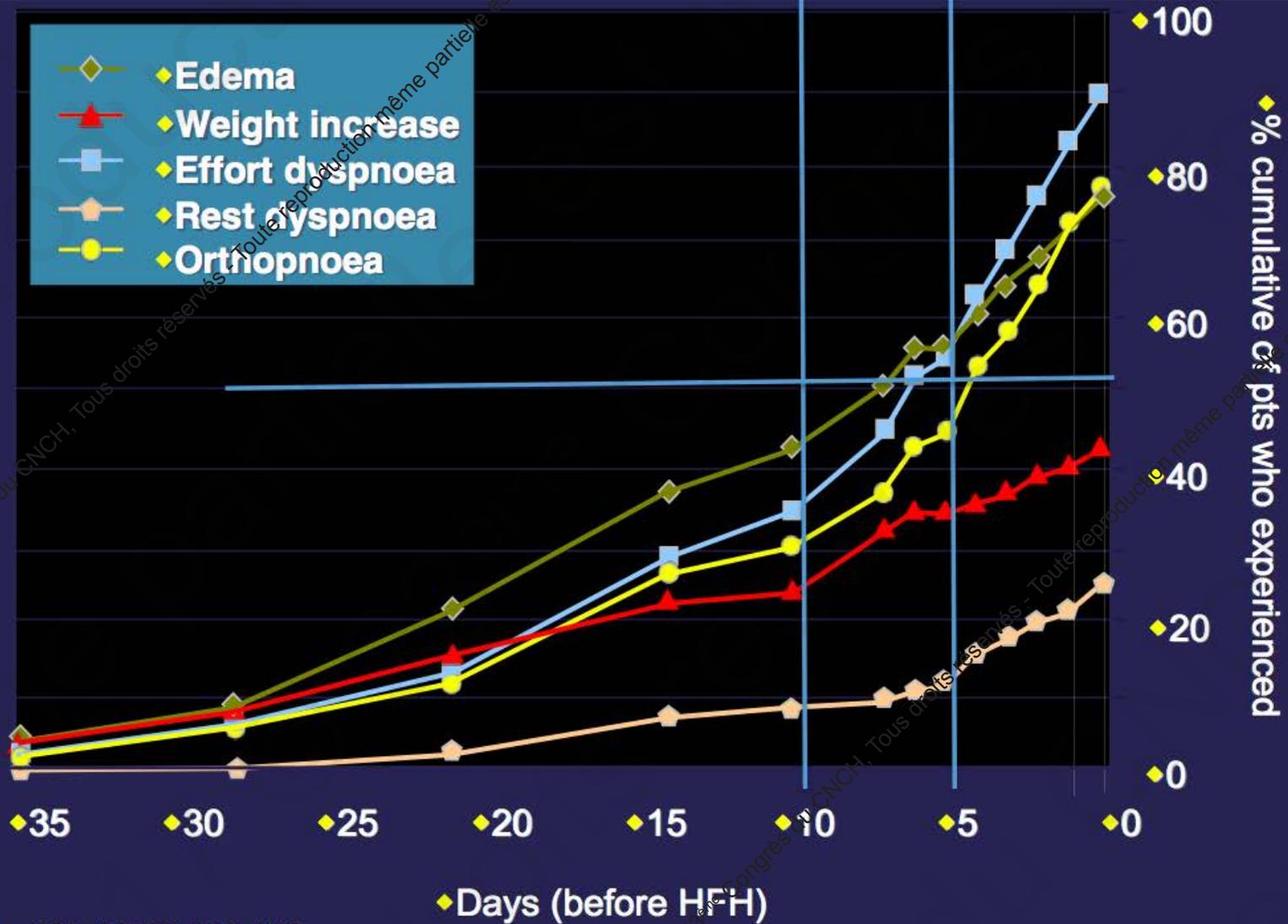
- **OMS (1998) :**

— « *L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient.* »

Education thérapeutique, quel impact ?

- **L'ETP et pas l'information:**
- Améliore la qualité de vie
- Améliore le suivi du traitement.
- Diminue les couts liés à la maladie.
- Diminue les risques de survenue de complications (insuffisance cardiaque, asthme, anticoagulants, ...)
- Diminue la mortalité (Insuffisance cardiaque, ...)

Progression des symptômes vers l'IC aigüe



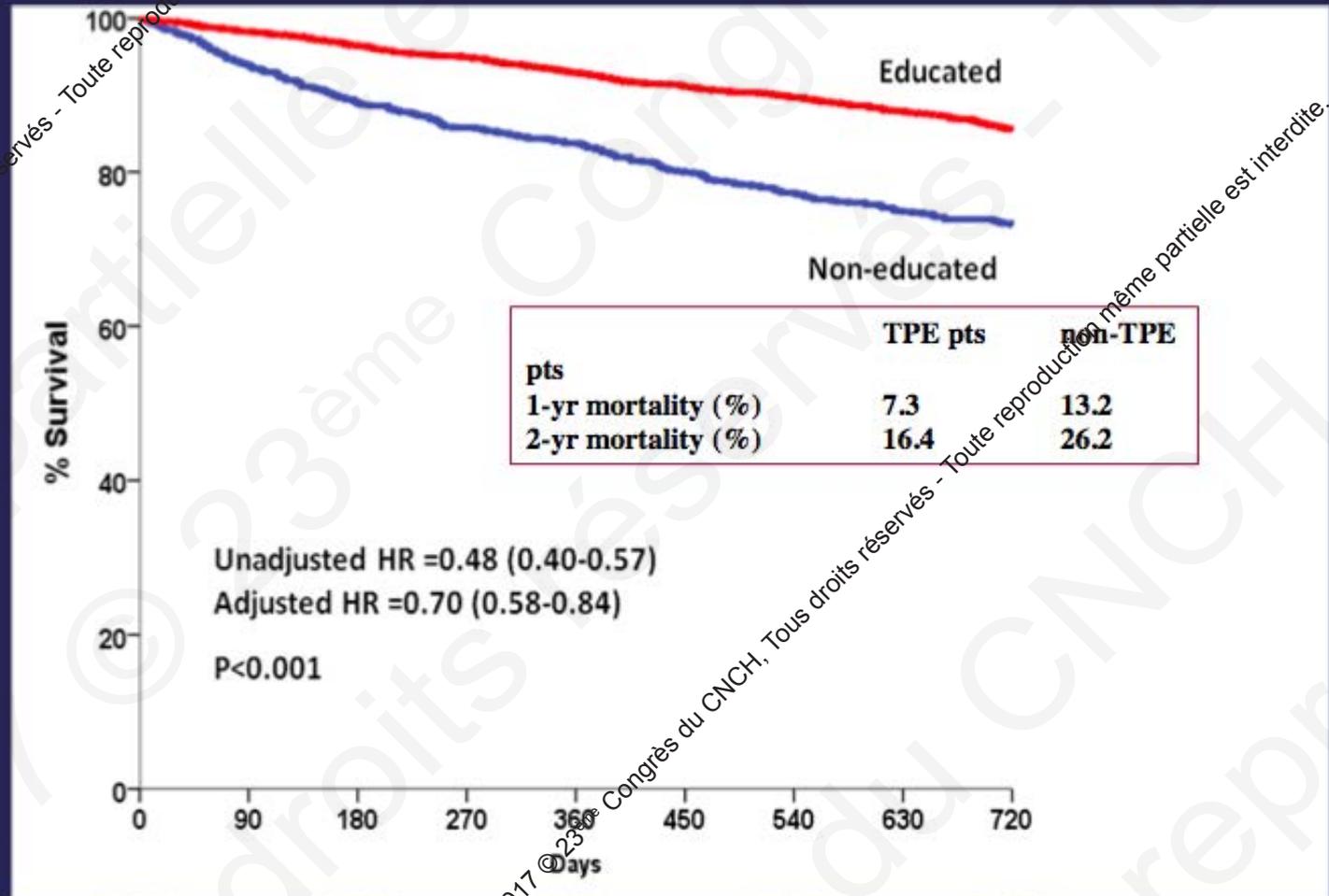
◆ Schiff & al. Am J Med 2003; 114: 625

L'éducation diminue la mortalité des patients

The ICARE - ODIN project

Juillière Int J of Cardiol 2012

A



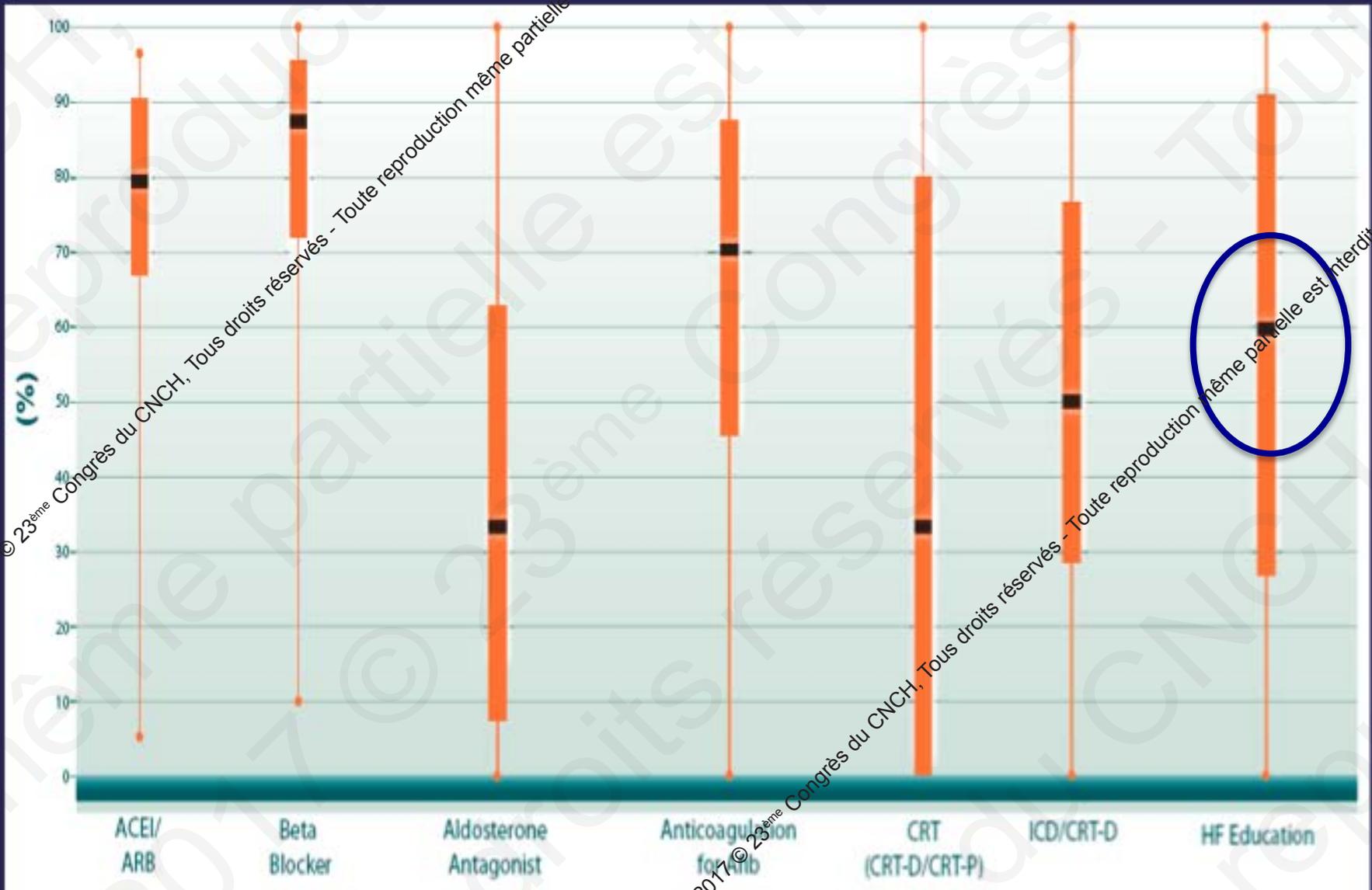
Education	2221	2154	1959	1615	1272
No education	851	757	699	606	521

Adhérence au TT et ETP diminuent les réhospitalisations

Relationship of hospitalizations to adherence to treatment guidelines for ACE inhibitors, beta blockers, and spironolactone

Hospitalization reason	High adherence	Moderate adherence	Low adherence
Hospitalization for CHF (%)	6.7	9.7	14.7
Hospitalization for worsening CV symptoms (%)	11.2	15.9	20.6

ETP n'est prescrite que dans 60% des cas...



ETP...



Comment débiter l'activité de Télésurveillance à l'hôpital ?



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Projet et Organisation

- 1 Intégrer la télémédecine dans le Projet Médical de l'établissement et du service de cardiologie
- 2 Impliquer les acteurs
 - Accord Direction
 - Equipe dédiée médicale et paramédicale (soignants)
 - Organisation, (Formation Médecins et soignant IDE ETP)
- 3 Choisir un fournisseur SI de solutions techniques:
 - Plateforme ou Centre de suivi
 - Outils connectés
- 4 Convention signée entre le fournisseur SI et la direction de l'établissement
- 5 Déclaration à l'ARS
- 6 Informer le COM
- 7 Prévenir son assurance de l'activité de TM

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Aspects organisationnels pour l'établissement

Éléments à préciser/démontrer lors du déploiement / Cardiologie

- **Objectif des autorités: Réduction de 20% des réhospitalisations**

- **Impact pour les patients et système de santé**

- Réduction des décompensations et amélioration de la survie (1)
- Réduction des réhospitalisations et des dépenses de santé (1, 2)

- **Activité générée liée à la télésurveillance (hors prime)**

- La télésurveillance s'autofinance: le temps-homme nécessaire à l'hôpital est largement couvert par le forfait de remboursement de 220€/an/patient
- Cet activité permet de financer un temps-homme supplémentaire par exemple pour une infirmière coordinatrice (à partir d'une file active de 300 patients*)

- **Impacts organisationnels (Etablissement de santé)**

- **Amélioration de l'attractivité du site**, la télésurveillance permet de structurer une filière de prise en charge autour de l'IC, les patients en ville seront donc ré adressés
- **Amélioration de l'IPDMS**, via une optimisation de l'adressage (les patients hospitalisés seront orienté directement en cardiologie sans passer aux urgences) et sortiront plus vite (pris en charge plus tôt et donc patients moins sévères)
- Libération de lits pour organisation d'une activité planifiée
- Structuration d'une filière de soins

*Éléments d'analyses (modèle conservateur): Hypothèse: File active moyenne: 300 patients / Temps médecin: 30 min de gestion mixte de l'alerte médicale (IDE/Médecin) / Temps paramédical inclus pour la gestion de la sortie du patient (30min)

Les 3 impératifs de la Télésurveillance

- Une solution technique connectée
- Une télésurveillance médicale
- Un accompagnement thérapeutique

Missions des acteurs impliqués (TLS) (3)

❖ Solution technique et organisationnelle minimale à mettre en œuvre :

➤ Associer *a minima* :

- Un système de recueil et de mesure au sein du lieu de vie du patient
- Un algorithme validé par le médecin effectuant la télésurveillance :
 - Soit totalement automatisé : alertes reçues par le médecin sans prétraitement préalable
 - Soit contrôlé par un IDE chargé de contacter le patient afin de s'assurer de la cohérence de l'alerte

➤ Fournisseur : responsable de sa mise en place, son activation, sa maintenance en parfait état de fonctionnement, sa récupération en fin de télésurveillance et l'élimination des déchets éventuels. Le patient est formé à son fonctionnement

Tarifcation (TLS)

- ❖ **Rémunération au forfait par patient et par semestre** des professionnels de santé effectuant la TLS et l'accompagnement thérapeutique, et du fournisseur de la technologie, **au prorata du nombre de semestres de suivi** pour le fournisseur
- ❖ En cas de dépassement de l'objectif, **prime forfaitaire versée à l'année N+1** calculée en fonction de la performance mesurée selon le SNIIRAM et d'une clé de répartition :
 - Pour les professionnels de santé, prime répartie sur l'ensemble des professionnels au prorata du nombre de patients suivis pendant l'année N et du nombre de semestres de suivi
 - Pour le fournisseur, fonction du prorata temporis de la durée effective de la TLS et du nombre de patients appareillés
- ❖ **Clé de répartition** en cas de dépassement de l'objectif de performance :
 - 15% pour les médecins effectuant la TLS
 - 5% pour le professionnel de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique
 - 30% pour le fournisseur de la technologie et des prestations associées



Médecins requérants et médecins requis Insuffisance cardiaque (TLS)

Mode d'exercice / Rôle	Patients avec insuffisance cardiaque chronique	
	Médecin incluant	Médecin effectuant la télésurveillance
Médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou médecin généraliste disposant d'un diplôme universitaire d'insuffisance cardiaque	X	X
Médecin traitant n'étant pas dans le cas précédent	X	
Médecin spécialiste en médecine gériatrique	X	

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Rémunération insuffisance cardiaque chronique



Insuffisance Cardiaque Chronique

	Niveau de réduction des coûts	Type de rémunération	Professionnel de santé effectuant la télésurveillance	Professionnel de santé en charge de l'accompagnement thérapeutique	Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées
Quelle évolution des hospitalisations pour poussée d'IC hors télémédecine entre les Années N-1 et N ?	1 ≤ 20% de réduction des hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque par rapport à l'année N-1	Rémunération forfaitaire fixe : versée <u>Année N</u> par la CNAMTS	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	300€/semestre /patient
	2 > 20% de réduction des hospitalisations liées à l'insuffisance cardiaque par rapport à l'année N-1	Rémunération forfaitaire fixe : versée en <u>Année N</u> par la CNAMTS	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	300€/semestre /patient
		Prime variable : versée en <u>Année N+1</u> par la CNAMTS	$15\% \times (X - 20) \times$ $[(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]$ Divisé par le nombre de professionnels de santé effectuant la télésurveillance et le nombre de patients télésurveillés	$5\% \times (X - 20) \times$ $[(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]$ Divisé par le nombre de professionnels de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique et le nombre de patients télésurveillés	$30\% \times (X - 20) \times$ $[(\text{Coût total Année N-1}) - (\text{Coût total Année N})]$ Divisé par le nombre de patients appareillés par ce fournisseur

Prime plafonnée à 110 euros/an/médecin/patient, 60 euros/an/PS réalisant l'accompagnement thérapeutique/patient et 300 euros/solution industrielle/an/patient

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés

Toute reproduction même partielle est interdite.

Aspects organisationnels pour l'hôpital



• **Télesurveillance: nouvelle activité médicale**

- **110€/patient/semestre** pour le médecin réalisant la télesurveillance
- Objectif de réduction des ré-hospitalisation de **20%**

• **Intérêts de la télesurveillance pour l'établissement:**

- Optimisation de la DMS: Cordiva accompagne les patients à la sortie
- Réduction des hospitalisations **non planifiées**
- Réduction des passages aux urgences pour décompensation d'IC
- Hospitalisation planifiées

• **Suivi des patients après leur retour à domicile**

- A termes, structuration d'une filière de soins autour de l'hôpital, du GHS

En pratique

Etablissement

Initiation de la prise en charge

- Présentation du programme au patient et recueil de son consentement
- Fax/mail fiches d'inclusion/prescription

Alertes liées, médicalement pertinentes + Patient orienté vers l'établissement

DECISION MEDICALE

- Adaptation à distance
- Consultation (nouvel acte)
- Hospitalisation planifiée (nouvel acte)
- Orientation vers autre structure médicale

Renouvellement de l'ordonnance



1er contact
présentation du centre de suivi et
vérification des coordonnées



Envoi du matériel
Aide à la mise en route et formation à l'utilisation



Utilisation quotidienne
pèse personne
réponse aux 8 questions de la box



Diagnostic éducatif



Séance d'accompagnement
thérapeutique mensuelle



DASHBOARD Nomhad
médecin télésurveillance



Traitement des
alertes
Cliniques



Traitement des
alertes
techniques

NB: La prestation d'accompagnement thérapeutique peut être réalisée par l'établissement



Plateforme / centre de suivi



Une équipe d'infirmières spécialisée

- dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques
- formée à la conduite d'entretien téléphonique et aux techniques d'entretien motivationnel

Quel accompagnement ?

- 1 appel d'accueil pour mieux connaître le patient et repérer les objectifs du suivi téléphonique
- 1 appel tous les 3 semaines (en accord avec le patient)

Un numéro vert « 0-805-10-99-75 » en cas de problèmes ou de signalements (changement de téléphone, départ en vacances, report de rendez-vous etc..). Les infirmières seront joignables à ce numéro gratuit du lundi au vendredi.

Outils connectés



Chaque patient répondra quotidiennement à 8 questions simples :

- Avez-vous eu cette nuit des troubles respiratoires plus forts que la nuit précédente ?
- Avez-vous eu besoin la nuit dernière d'un oreiller supplémentaire pour mieux respirer ?
- Toussez-vous plus que d'habitude ?
- Est-ce que vos jambes sont plus enflées que d'habitude ?
- Vous sentez-vous aujourd'hui plus fatigué ?
- Avez-vous eu ou avez-vous de la fièvre au-dessus de 38,5°C ?
- Avez-vous ressenti ou ressentez-vous des palpitations ?
- Trouvez-vous que votre activité physique est plus

**Oui
Non**

**Utilisation simple
pour le patient**

Rapport de surveillance mensuel destiné au médecin traitant

Tableau des mesures télémétrique

Rappel du principe : les patients doivent se peser quotidiennement et répondre aux 8 questions suivantes posées par la box communicante :

- Q1-DYSPNEE : avez-vous eu cette nuit une gêne respiratoire plus forte que la nuit précédente ?
- Q2-ORTHOPNEE : avez-vous eu besoin la nuit dernière d'un oreiller supplémentaire pour mieux respirer ?
- Q3-TOUX : toussiez-vous plus que d'habitude ?
- Q4-OEDEME : est-ce que vos deux jambes sont plus enflées que d'habitude ?
- Q5-FATIGUE : vous sentez-vous aujourd'hui plus fatigué ?
- Q6-FIEVRE : avez-vous eu ou avez-vous de la fièvre au dessus de 38,5° ?
- Q7-PALPITATIONS : avez-vous ressenti ou ressentez-vous des palpitations ?
- Q8-ASTHENIE : trouvez-vous que votre activité physique est plus limitée aujourd'hui que les jours précédents ?

Date	Poids	Dyspnée	Orthopnée	Toux	Oedème	Fatigue	Palpit.	Fièvre	Asthénie
14/10	95,1 kg	N	N	N	N	N	N	N	N
14/10	95,8 kg	N	N	N	N	N	N	N	N
24/10	95,6 kg	N	N	N	N	N	N	N	N
26/10	95,4 kg	N	N	N	N	N	N	N	N
01/11	97,4 kg	O	N	N	-	-	-	N	N
02/11	97,7 kg	N	N	N	O	N	N	N	N

Décision médicale

Une balance communicante « connectée »



Chaque matin, le patient se pèse

**→ Transmission
automatique du
poids via le boîtier
communicant**

Accès du patient au boîtier connecté



Oui
Non

**Utilisation simple
pour le patient**

Chaque patient répondra quotidiennement à 8 questions simples :

- Avez-vous eu cette nuit des troubles respiratoires plus forts que la nuit précédente ?
- Avez-vous eu besoin la nuit dernière d'un oreiller supplémentaire pour mieux respirer ?
- Toussez-vous plus que d'habitude ?
- Est-ce que vos jambes sont plus enflées que d'habitude ?
- Vous sentez-vous aujourd'hui plus fatigué ?
- Avez-vous eu ou avez-vous de la fièvre au-dessus de 38,5°C ?
- Avez-vous ressenti ou ressentez-vous des palpitations ?
- Trouvez-vous que votre activité physique est plus limitée aujourd'hui que les jours précédents ?

Côté patient

Fourniture du matériel nécessaire à la télésurveillance

Insuffisance Cardiaque

- Pesée quotidienne
- Réponse à 8 questions



2017 © 23^{ème} Congrès du CNCM. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCM. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Tableau de bord - Plateforme de retour d'information aux professionnels de santé (NOMHAD Chronic®)

The screenshot displays the NOMHAD Chronic® dashboard. On the left, a sidebar shows the profile of Adèle Chevalier, 90 years old, with contact information for Jacqueline Dubon. The main area is titled 'Liste de Travail' and contains a table of patients with various status icons and dates.

Etat	Suivi	Sortie temporaire	En finalisation	Prescription expirée
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Type de notification	Contrôlé	Pendante		
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prénom	Nom			

Prénom	Nom	Sexe	Age	Statut	Détails
CHEVALIER, ADELE		Féminin	118 ans	Prescription expirée / Pendante	Détails
JUSSIEU, VICTORIE		Féminin	115 ans	Suivi / Pendante	Détails
BARRAUD, EDITH		Masculin	115 ans	Suivi / Contrôlé	Détails
ALLAMAND, BEATRICE		Féminin	123 ans	Suivi / Contrôlé	Détails

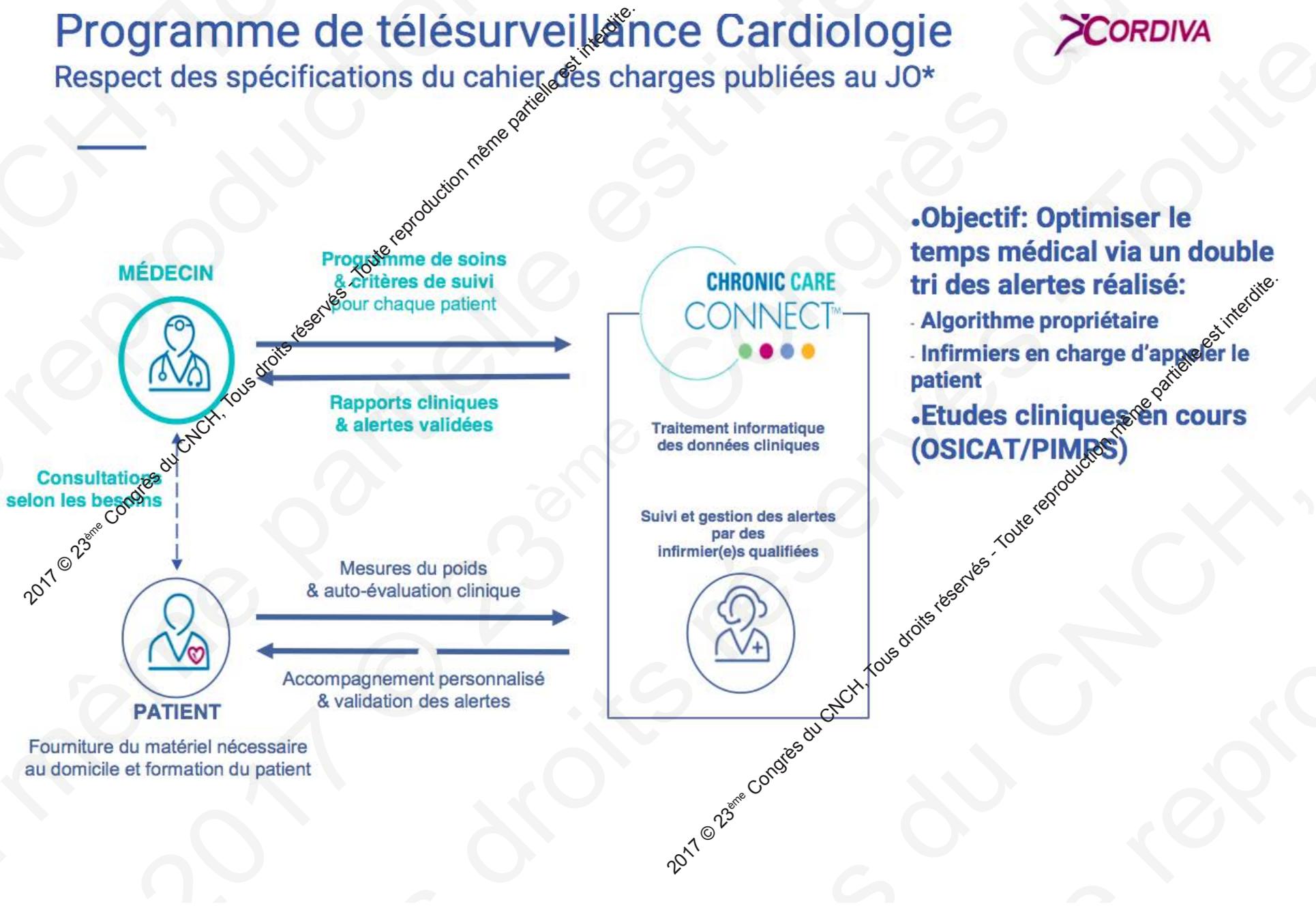
- Accès sécurisé
- Ouverture des accès sur accord patient aux autres professionnels de santé
- Gestion de la multi-morbidité (à termes)

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Programme de télésurveillance Cardiologie

Respect des spécifications du cahier des charges publiées au JO*



•Objectif: Optimiser le temps médical via un double tri des alertes réalisé:

- Algorithme propriétaire
 - Infirmiers en charge d'appeler le patient
- Etudes cliniques en cours (OSICAT/PIMPS)**

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Déploiement et prochaines étapes



•Prochaines étapes:

Publication des lettres clés
Oct17

Cardiologie: Déploiement national
Diabétologie: Pilote sur 30 sites
(CHU/CH Libéraux)

2018
Démarrage évaluation médico-économique Air Liquide
Lancement pneumologie

T4 2019
Fin des expérimentations

•Etats des lieux:

– Une soixantaine de conventions signées en cardiologie dont **2 Centres Hospitalo-Universitaires / 1 établissement public-privé en IDF / 1 CH**

•En pratique

- Libre choix de la solution
- Signature d'une convention (avec l'administration) + éléments réglementaires simples (info ARS+CDOM+Assurance, RU45 CNIL...)
- Définir le mode opératoire (démarrage de la TS, réception des alertes...)

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Version
2016

Reprinted from European Heart Journal
Volume 37, Number 27, 2016 pp. 2199–2200
www.escardio.org

GUIDELINES

Committee for Practice Guidelines

To improve the quality of clinical practice and patient care in Europe

HEART FAILURE

GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF ACUTE AND CHRONIC HEART FAILURE

For more information
www.escardio.org/guidelines



GUIDELINES 2016

Très peu de recommandations

Sur la **télémédecine**:

- Méta-analyse >3700 patients
TeleHF, TIM-HF, WISH et TEHAZ.

Résultats disparates et méthodes
différentes

- Deux études récentes

En faveur de l'effet positif sur l'IC

HF pEF HFrEF

qui utilisent des systèmes

de sélection des patients

CardioMEMS et IN-TIME

PLFSS

LES MOYENS
DE L'ACTION

2018

28 Septembre 2017

Troisième partie

Le développement de la prévention et de l'innovation pour des soins plus pertinents

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

CHAPITRE III-III

L'innovation au service de l'efficacité des organisations

Le vieillissement démographique, l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution de la démographie des professionnels de santé (notamment leur répartition géographique) constituent des défis sanitaires. Pour y répondre, nous devons **mettre en place de nouvelles organisations**, qui dépassent les clivages traditionnels entre acteurs du monde de la santé, nous devons être prêts également à faire évoluer nos modes de rémunérations en soutien de ces nouvelles organisations...

Developper l'usage de la télémédecine

Reconnue dans le droit français depuis 2009 et mise en œuvre par la voie d'expérimentations de terrain, la télémédecine demeure une pratique marginale parmi les professionnels de santé. Son déploiement en routine doit permettre de prévenir des hospitalisations et des transports évitables, de faciliter la coordination entre professionnels de santé et d'améliorer l'accès aux soins.

Développer l'usage de la télémédecine

Pour la généraliser, le projet de loi met fin à leur caractère expérimental, de façon à ce qu'ils puissent se développer plus facilement...

C'est vrai pour:

La **téléconsultation**
et la **téléexpertise**.

...l'article de loi permet à l'assurance maladie et aux syndicats signataires de la convention médicale de déterminer les conditions de réalisation et de tarification des actes de **téléconsultation** et de **téléexpertise**,

mais

La **télésurveillance**, qui permet à un professionnel de santé de prendre des décisions sur la prise en charge de son patient sur la base des données de santé recueillies à distance, continuera à ce stade, quant à elle, à faire l'objet **d'expérimentations** pour en préciser le cadre et les indications pertinentes.

Analyse de la Cour des Comptes

La Télémedecine: une stratégie cohérente à mettre en œuvre

Septembre 2017

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Analyse de la Cour des Comptes

En permettant d'éviter des hospitalisations, la télésurveillance des malades chroniques grâce à des dispositifs connectés apparaît comme la forme de télé-médecine la plus prometteuse.

...une grande partie des patients qui relèvent de pathologies chroniques, lourdes et parfois invalidantes, soit en France 11 millions de personnes en affection de longue durée, dont l'état de santé est à l'origine de 60 % des dépenses d'assurance maladie, pourraient bénéficier à terme d'une **télésurveillance**...

de leurs paramètres de santé à un moment ou l'autre de leur parcours de soins.

2017 © 23^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés. Toute reproduction même partielle est interdite.

Analyse de la Cour des Comptes

d'après le Rapport de la Sécurité Sociale 2017

« La télémédecine constitue en effet un levier potentiellement majeur de modernisation de notre système de santé (I).

Le caractère fragmentaire et désordonné des actions menées par les pouvoirs publics en maintient cependant le développement à un stade embryonnaire (II).

Une stratégie d'ensemble cohérente, qui achève de lever les préalables techniques et juridiques et mette en place un cadre tarifaire adapté à son expansion, est indispensable à la concrétisation de ses apports à l'efficience des soins (III)».

Cahiers des charges des expérimentations de l'art. 36 LFSS 2014

- ❖ Visent à donner un cadre aux programmes en focalisant les expérimentations sur une population susceptible de tirer un bénéfice maximal de la TLM
- ❖ Visent à proposer un modèle de rémunération généralisable
- ❖ Visent à proposer une évaluation à la fois exhaustive et rigoureuse permettant d'analyser **l'impact médico-économique** ainsi que le ressenti du patient par rapport à la TLM
- ❖ La délimitation d'un périmètre médical et économique des expérimentations est donc un élément clé tant pour répondre au besoin médical exprimé que pour permettre une évaluation de qualité.

4 Evaluation des expérimentations

4.1 Objectifs de l'évaluation

L'article 36 de la LFSS 2014 dispose qu'« au terme de ces expérimentations, une évaluation est réalisée par la Haute Autorité de santé en vue d'une généralisation, en liaison avec les ARS, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoire, les professionnels de santé, les centres de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux participant à l'expérimentation. Elle fait l'objet d'un rapport transmis au Parlement par le ministre chargé de la santé avant le 30 septembre 2016 ».

La mise en œuvre d'une évaluation scientifique et indépendante des expérimentations de télésurveillance constitue donc un élément fondamental d'aide à la décision des pouvoirs publics en vue d'une généralisation ou du déploiement de la télésurveillance dans le cadre de la pathologie concernée.

Le nombre de projets, la variété des régions et la diversité des acteurs impliqués rendent l'évaluation complexe. En outre, l'activité de télésurveillance se différencie des autres interventions en santé par son caractère multiforme, sa composante organisationnelle largement dépendante du contexte et de la problématique médicale à laquelle elle répond, qui conditionnent l'évaluation.

Face à cette complexité, l'évaluation vise à apporter des connaissances sur l'impact des expérimentations en termes de satisfaction des patients, d'organisation et de coûts liés au recours aux soins, suivant le cadre d'évaluation publié par la HAS en juillet 2013.

L'enjeu de l'évaluation est ainsi de porter un jugement global sur l'impact économique des expérimentations et sur les modes d'organisations des soins qui en résulteraient.

La Haute Autorité de santé produit un guide à destination des fournisseurs de solutions techniques afin de préciser les attentes en termes de données et d'informations à réunir par les industriels durant les expérimentations pour soutenir leur demande d'inscription sur la liste des produits et prestations. Ces

Analyse de la Cour des Comptes d'après le Rapport de la Sécurité Sociale 2017

Merci de votre attention