



Collège
National des
Cardiologues des
Hôpitaux

DÉCLARATION DE RELATIONS PROFESSIONNELLES

Orateur : **Christophe LAURE, Le Coudray**

Je n'ai pas de lien d'intérêt potentiel à déclarer

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Télésurveillance de l'insuffisance cardiaque

... Retour d'expérience du CH de Chartres



2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

1. Pourquoi mettre en place la TLS ?

➤ Maladies chroniques = problème de santé publique

➤ La société évolue :

- ✓ Espérance de vie
- ✓ Prévalence des maladies chroniques
- ✓ Maintien au domicile
- ✓ Pénurie médicale
- ✓ Lien ville-hôpital
- ✓ Coûts de santé publique
- ✓ Progrès technologiques



Parution de l'article 36 puis 54

22 novembre 2017 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 13 sur 132

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 14 novembre 2017 portant cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le financement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

NOR : SSAH1731997A

Descrit le cahier des charges pour la mise en place de cette activité

expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le financement de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 26 septembre 2017,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - Le volet du cahier des charges prévu à l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 portant sur la réalisation de la télésurveillance des patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée

CAHIER DES CHARGES

Prévoit le financement de l'acte par la sécurité sociale à partir du 14 Novembre 2017

Le ministre de l'action
et des comptes publics,
Pour le ministre et par délégation :
La directrice de la sécurité sociale,
M. LIGNOT-L

C. COUBBEGES

- **Hospitalisation < 30 jrs pour poussée d'IC**
- **Hospitalisation < 12 mois pour poussée d'IC + NYHA 2 + NT-proBNP > 1 000 pg/ml**

Nos impératifs :

- respecter le cahier des charges
- disposer de moyens humains spécifiques à l'activité

Notre limite :

- Un contexte hospitalier peu favorable
 - ✓ service de soins surchargés
 - ✓ pas de moyens humains et matériels dédiés (CREF)

2. Comment avons-nous procédé ?

Notre solution :

- *Créer une unité de télésurveillance autonome :*
 - ✓ aussi bien en terme de fonctionnement que financièrement

Notre avantage :

- *Déjà réalisée pour notre unité de recherche clinique*
 - ✓ Organisation assez similaire à l'activité d'investigation de recherche clinique

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Notre décision :

- Intégrer l'activité de télésurveillance à l'unité de recherche clinique

L'incontournable :

- Faire adhérer la direction



La proposition = un projet gagnant //gagnant :

➤ *Evaluation de la file active :*

- ✓ 70 patients minimum / an pour la TLS de l'insuffisance cardiaque
- ✓ 490 patients déjà suivis en TLS de PM et DAI
- ✓ 150 patients minimum / an pour la TLS des PM et DAI

➤ **Calcul des recettes minimales prévisionnelles :**

- ✓ Télésurveillance IC = 340 € / patient / an (140 X 2 + 60 X 2)
- ✓ Télésurveillance PM et DAI = 130 € / patient / an (65 X 2)



Recette minimale après déduction 15 % > 90 000 € à 1 an



Signature d'un avenant au contrat de pôle :

- **Autofinancement :**
- ✓ Création UF spécifique
- ✓ Rémunération IDE éducation
20 % à partir du 1/05 puis à 100 % au 1/09

- **Pérennisation :**
- ✓ 0,5 ETP tous les 250 patients
(25 000 € dépenses // 40 000 € recettes)

- **Garantie :**
- ✓ Unité de recherche

- **Marge bénéficiaire :**
 - ✓ 50 000 € mini à 4 ans
- ➔ À ce jour x 2

Simulation des charges de personnel :

	Initialisation	2019	2020	2021
Besoin IDE	1,00	1,42	1,63	2,00
Coût moyen IDE*	49 759,00 €	49 760,02 €	49 761,04 €	49 762,06 €
Charges de personnel	49 759,00 €	70 493,36 €	80 861,69 €	99 524,12 €

* Base 2017 coût moyen IDE + 2% par an

- ❖ Estimation des financements (bornes basses ne tenant pas compte de la facturation semestrielle du forfait malgré une sortie du protocole de télésurveillance)

	2018	2019	2020	2021
Projet 1	68 981 €	82 184 €	93 803 €	105 422 €
Projet 2	16 115 €	26 651 €	35 150 €	44 352 €
Total	85 096 €	108 835 €	128 954 €	149 774 €

- ❖ Résultat financier prévisionnel pour l'établissement

	2018	2019	2020	2021
Financements	85 096 €	108 835 €	128 954 €	149 774 €
Charges de personnel	49 759 €	70 493 €	80 862 €	99 524 €
Total	35 337 €	38 342 €	48 092 €	50 250 €

Démarches administratives

(détaillées dans le cahier des charges) :

- Déclaration CNIL
- Convention établissement / fournisseurs de logiciel
- Déclaration d'activité auprès de l'assureur et de l'ARS



Collaboration +++ avec la direction

Notre organisation :

➤ *IDE dédiée (back up = IDE de recherche)*

➤ *Organisation idem « recherche » :*

✓ Screening systématique

✓ POS

✓ Tableau Excel de suivi

✓ Ordonnances spécifiques informatisées

✓ Courrier informatisé spécifique « correspondants »

✓ Questionnaire informatisé « accompagnement thérapeutique »

➤ *Implication des cardiologues au cours de leurs consultations*

➤ *Communication +++ avec les services*

Le logiciel de télésurveillance :

Plusieurs prestataires: A Chartres 



➤ **Prérequis : Mise en place du logiciel sur centre :**

- ✓ Convention
- ✓ Médecin télésurveillant
- ✓ IDE d'éducation référente
- ✓ Compatibilité informatique avec le centre
- ✓ Formation au logiciel

 **Accompagnement +++ par le prestataire**

3. *En pratique* :

- **Inclusion du patient**

- **Faxer au prestataire :**

- Consentement signé

- ✓ Fiche d'inclusion chronic care

- ✓ Ordonnance initiale (mise à disposition du matériel et accompagnement thérapeutique)

- **Le prestataire :**

- Appel de bienvenu du patient

- Envoi du matériel (tablette + pèse personne)

- 2ème appel après réception du matériel

- **Quotidien du patient**

1



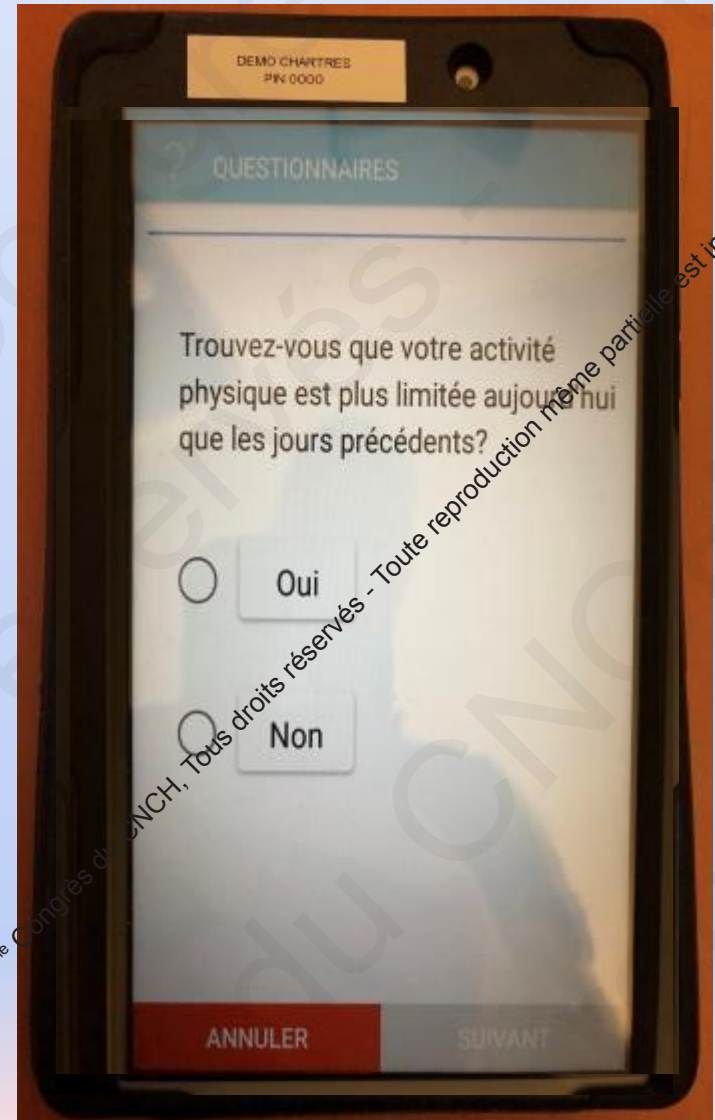
Une pesée / jour

2



8 questions / jour

Q8 = activité physique



2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

- **Génération d'alerte grâce à un algorithme informatique**

- *Réponses positives aux symptômes des 5 premières questions (Dyspnée nocturne, Toux, Fatigue, Œdèmes, Orthopnée)*

- ✓ *3 symptômes associés le même jour*

- ✓ *3 fois positivement à 3 Symptômes sur 4 jours consécutifs*

- ✓ *3 fois positivement à 2 Symptômes sur 4 jours consécutifs*

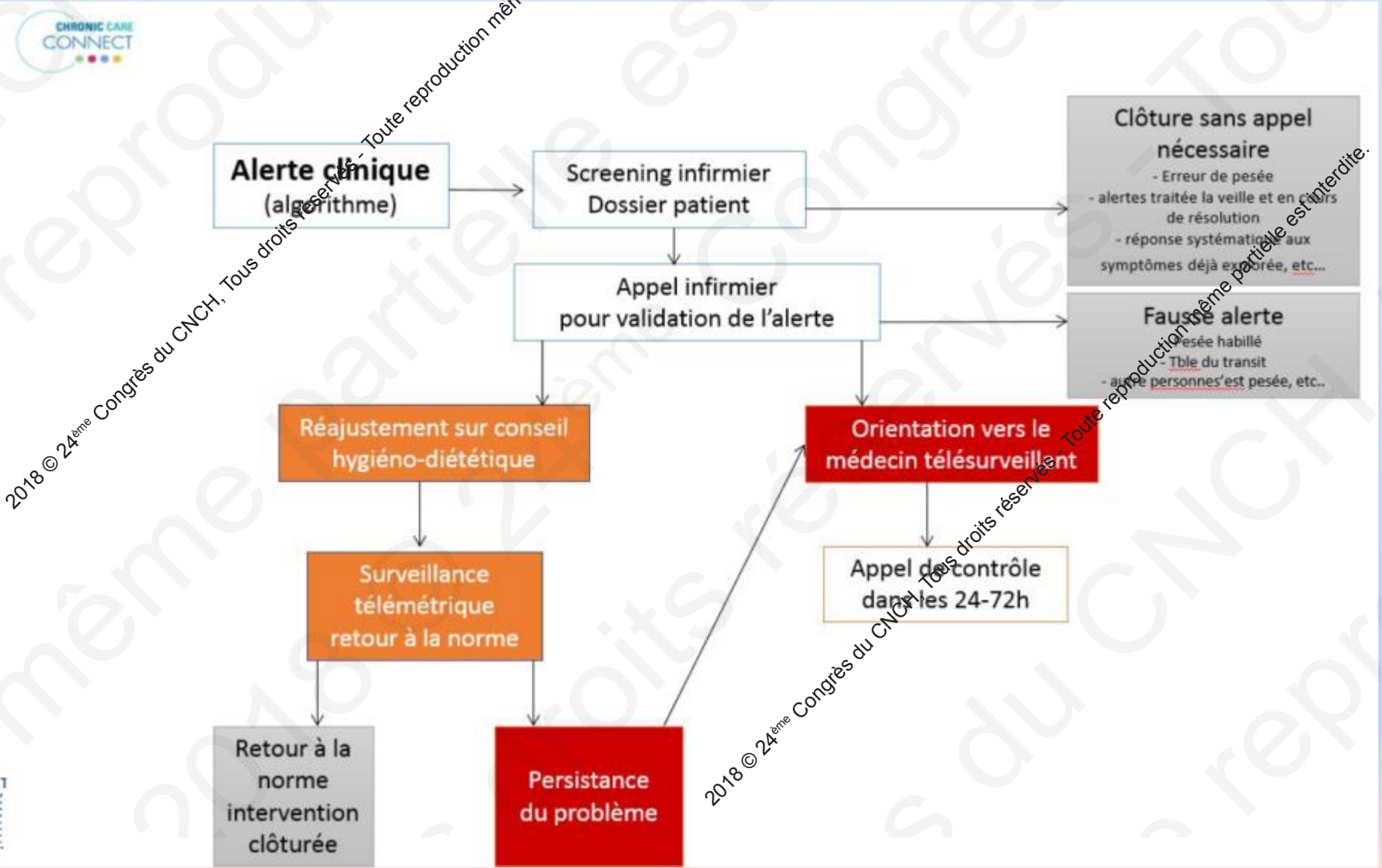
- *Prise de poids*

- ✓ *Prise de poids > 2 kg en 5 jours*

- ✓ *Prise de poids > 3 kg en 2 jours*

- ✓ *Poids incohérent par rapport au poids moyen*

• **Suivi quotidien par le prestataire:**

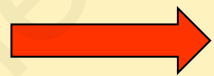


2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

- **Gestion des alertes par centre télésurveillant :**

- Connexion systématique tous les matins
- Rappeler le patient si nécessaire
- Valider la conduite à tenir avec médecins télésurveillants
 - ✓ ajustement des diurétiques (ordonnances si besoin, ordonnances anticipées)
 - ✓ Bilan sanguin: BNP, iono, créât, ... (ordonnances si besoin, ordonnances anticipées)
 - ✓ Consultation et/ou appel médecin traitant, cardiologue traitant
 - ✓ Hospitalisation



Interaction +++ avec médecins télésurveillants



Rapport systématique dans logiciel et DM

- **L'accompagnement thérapeutique :**

- **Fait par IDE d'éducation** (40 h de formation conformément au décret du 2/08/2010 ou DU)
- **tous les 2 mois, par téléphone**

- **Questionnaire spécifique dans dossier médical informatisé**

- ✓ Diagnostic éducatif
- ✓ Evaluation des connaissances (pathologie, traitement, diététique, activité physique)
- ✓ Proposition d'objectif
- ✓ Evaluation de la progression (score)
- ✓ Vérification du suivi médical et des RDV

4. 9 mois plus tard ...

- 86 patients inclus pour 70 actifs au 26/10/18
- 6 refus
- 9 % patients n'ont jamais activé la TLS ($n = 8$)
- 5 % des patients DCD ($n = 4$)
- + de 50 accompagnements thérapeutiques à 2 mois
- + de 30 accompagnements thérapeutiques à 4 mois
- + de 15 accompagnements thérapeutiques à 6 mois avec renouvellement ordonnance



Me
Voilà

**Vous avez beaucoup parlé
de moi, maintenant vous
allez m'entendre !**

La
télésurveillance

Numéro 1 - Inestimable

EXCLUSIF **Les patients** m'adorent déjà !

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Le profil des patients inclus :

- Age moyen = **70,2 ans**
- **72 %** d'hommes
- NYHA 2 = **80 %** / NYHA 3 = **15 %** / NYHA 4 = **5 %**
- FEVG: < 30 = **48 %** / 30 à 40 = **19 %** / 41 à 50 = **11 %** / > 50 = **22 %**
- IDM = **44 %**
- Au moins 1 stent = **24 %**
- Prothèse cardiaque implantable = **46 %**
- Trouble du rythme = **49 %**
- Diabétique = **39 %**

Les alertes :

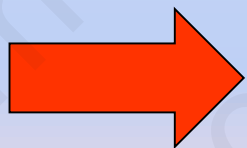
- 66 % des patients
- 10 % des alertes orientées vers le médecin télésurveillant
- Les réponses du centre télésurveillant :
 - ✓ Majoration du traitement diurétique = 40 % des alertes
 - ✓ Bilan sang (iono, créat, BNP) = 22 % des alertes
 - ✓ Orientation cardio traitant, médecin traitant = 15 % des alertes
 - ✓ Orientation « 15 » = 7 % des alertes
 - ✓ Validation sans action = 70 % des alertes

Les ré-hospitalisations non programmées :

- 36 % des patients réhospitalisés pour toutes causes
- 7 % des patients réhospitalisés pour IC

La facturation :

- Par semestre (Débutée le 17 mai 2018, 6 mois après date de l'arrêté)
- Essai avec des patients tests
- Lettre clé TSM + TSA (rejet par la MGEN ???)
- Tableau d'activité partagé
- Vérification des ALD
- Patient DCD, patients non connectés



Collaboration et implication +++ du service financier

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Nos interrogations :

- Pour quels patients ?
- ✓ Observance
- ✓ Installation et utilisation du matériel
- ✓ Evaluation des symptômes ?
- ✓ Anxiété
- ✓ Multiplications des intervenants

➔ **satisfaction des patient ?**



➤ Comment améliorer la collaboration entre les différents acteurs et favoriser la cohérence des soins ?

- ✓ Médecins traitants
- ✓ Cardiologues de villes
- ✓ IDE libéraux
- ✓ Programme PRADO
- ✓ Autres programmes d'éducation
- ✓ ...



5. *En conclusion :*

- Activité nouvelle (expérimentation)
- Besoins réels et adaptés à notre société
- Moyens existants pour accompagner sa mise en place
- Volonté et coopération collective
- Organisation rigoureuse

Favoriser le développement de la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque est le meilleur moyen de juger de son impact « dans la vraie vie ».

MERCI

2018 © 24^{ème} Congrès du CNEH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © 24^{ème} Congrès du CNEH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.