

De Pim'S à ETAPES... vers le droit commun de la télésurveillance ?



Pr P Jourdain

Service de cardiologie CHU Bicêtre

INSERM UMR 999 UMR 1018

Université Paris Saclay



Disclosures

- AstraZeneca, bayer, servier, novartis, vifor, cas, boston, iqvia, vitalaire, satelia, implicity, newcard, CRDM

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Définition de l'outil à utiliser et in fine de son mode de financement

What is Telemedicine?

. . . the use of electronic information and communications technologies to provide and support health care when distance separates the participants.

Institute of Medicine, 1996



. . . Définition de 5 actes de télémédecine pour différencier E santé/ objets connectés et télémédecine.

Decret de télémédecine 2013/2018

Télémédecine versus E santé

Télémédecine

- Peu d'applications
- Finançable via fonds publics (FIR).
- Finançable par le risque (CPAM).
- Evaluable (HAS).
- Mise en place par arrêté.
- Modèle économique de « rente »
- Basé » sur l'impact
- EFFICACITE

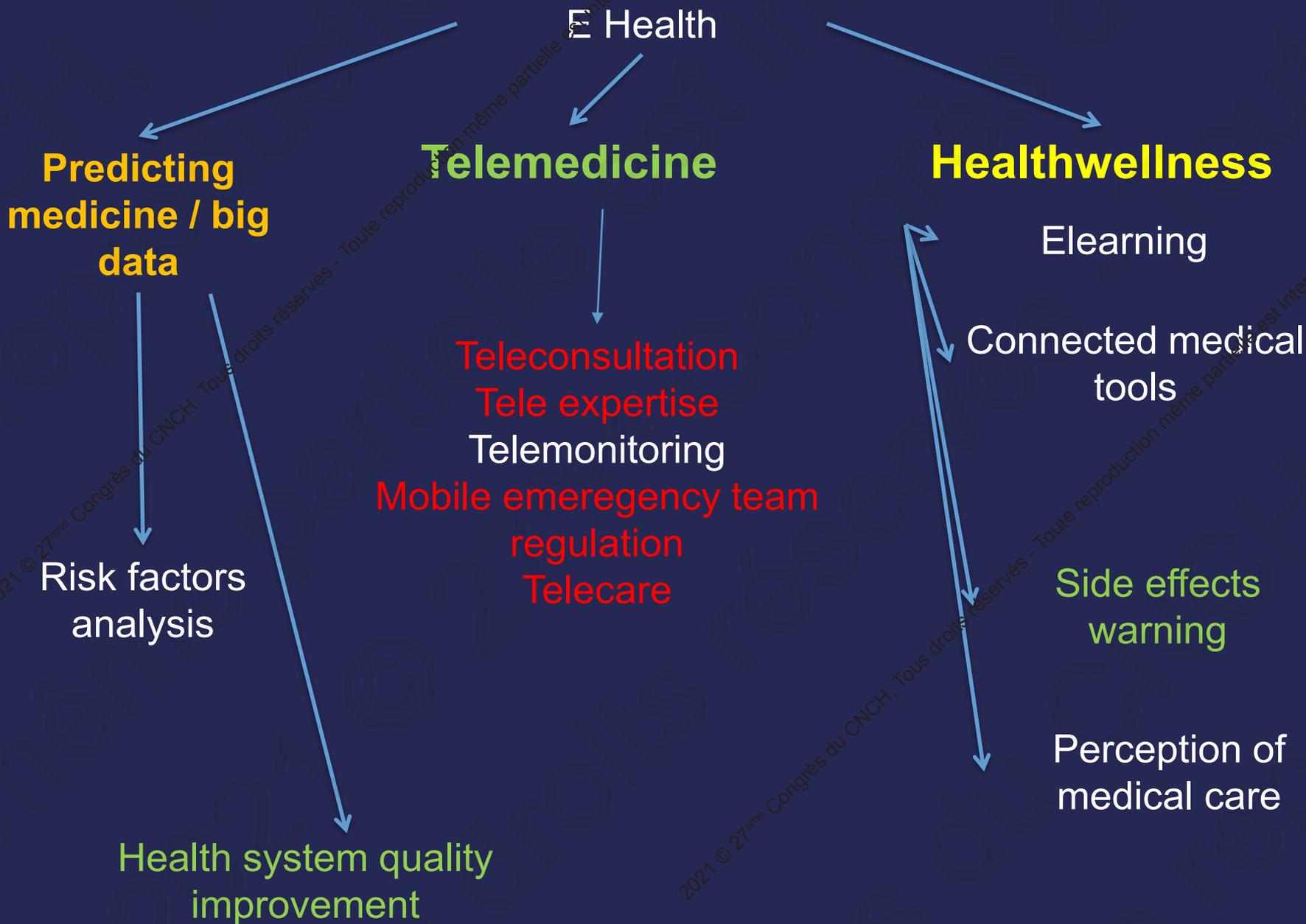
E santé

- Très nombreuses applications
- Finançable par le client
- Pas d'évaluation
- Pas de caractère médical
- Pas de validation.
- Modèle économique spécifique.
- Basé sur l'envie client
- PLAISIR
- Mais peut avoir son intérêt dans la gestion d'observatoires/ études/ alertes



2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH. Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

WHO would be in charge of financing the E health systems?



2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Télesoins ?



Le téléssoin permet à un **professionnel paramédical** ou à un **pharmacien** d'accompagner un patient et de le suivre à distance grâce au numérique

Qui peut faire du télésoin ?

| | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| Audioprothésistes | Opticiens-lunetiers |
| Diététiciens | Orthopédistes-orthésistes |
| Orthoprothésistes | Orthophonistes |
| Épithésistes | Orthoptistes |
| Ergothérapeutes | Pédicures-podologues |
| Infirmiers | Pharmaciens |
| Manipulateurs d'électroradiologie | Podo-orthésistes |
| Masseurs-kinésithérapeutes | Psychomotriciens |
| Ocularistes | Techniciens de laboratoire médical |

Attention pas les PSAD en tant que
« télésoin »

Arrêté du 3 juin 2021 définissant les activités de télésoin

NOR : SSAH2115570A

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrrete/2021/6/3/SSAH2115570A/jo/texte>

JORF n°0128 du 4 juin 2021

Texte n° 33

Qui décide de la possibilité de faire du télésoin ?

le médecin, le pharmacien, le paramédical avec une première rencontre avec le patient.....

Que mettre dans le dossier ?

« Art. R. 6316-4.-Le professionnel médical, le pharmacien ou l'auxiliaire médical intervenant en télésanté inscrit dans le dossier du patient et, le cas échéant, dans le dossier médical partagé, défini à l'article L. 1111-14 :

- « 1° Le compte rendu de la réalisation de l'acte de télémédecine ou de l'activité, et, le cas échéant, de la série d'activités, de télésoin ;
- « 2° Les actes et les prescriptions effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ou de l'activité de télésoin ;
- « 3° Son identité et éventuellement celles des autres professionnels participant à l'acte de télémédecine ou à l'activité de télésoin ;
- « 4° La date et l'heure de l'acte de télémédecine ou de l'activité de télésoin ;
- « 5° Le cas échéant, les incidents techniques survenus au cours de l'acte de télémédecine ou de l'activité de télésoin ;

Quel tarif ?

Le même qu'en présentiel....

Telemonitoring

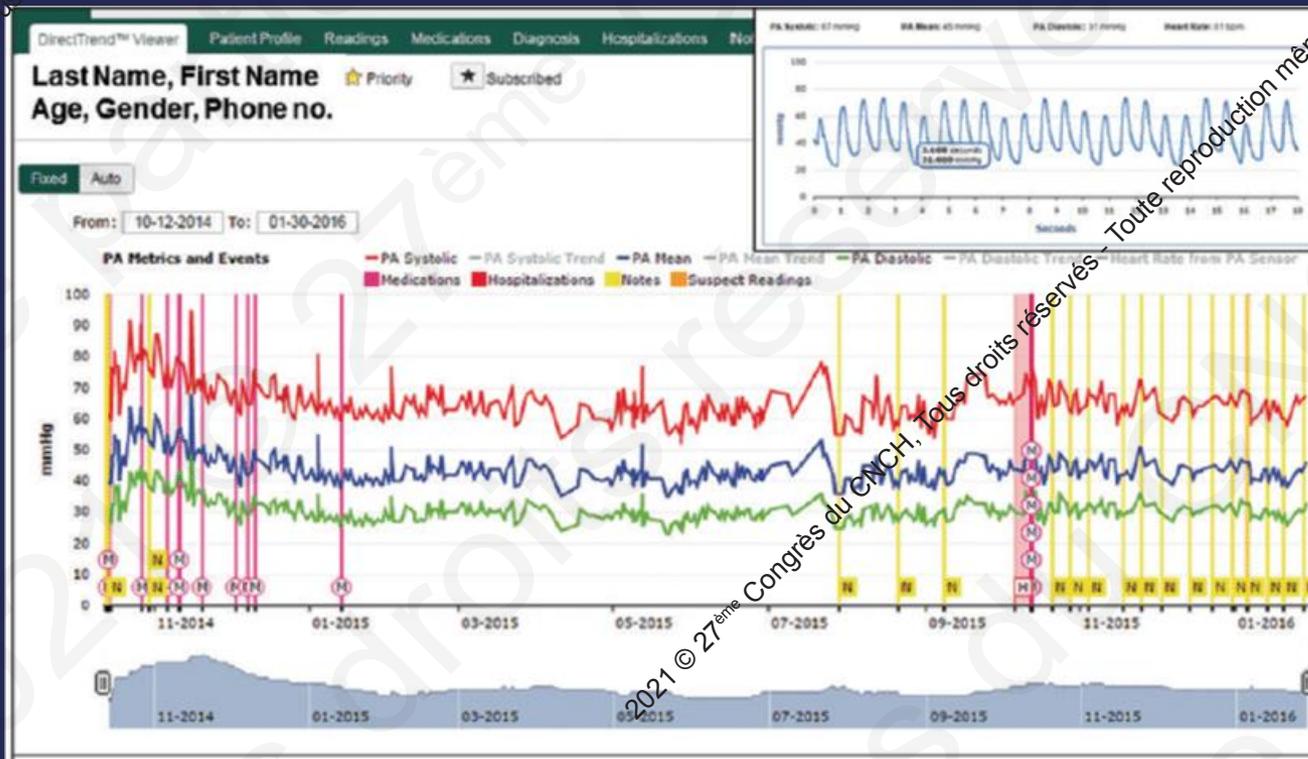


With structured telephone support could help to monitor patient and to adapt care plans due to patient home evolution

La télémédecine ... est ce que cela marche ?



Cardiomems



Sometimes it's works

CHAMPION-TRIAL*

*CardioMEMS Heart Sensor Allows Monitoring of Pressures to Improve Outcomes in NYHA Functional Class III Heart Failure Patients



Wireless pulmonary artery haemodynamic monitoring in chronic heart failure: a randomised controlled trial

William T Abraham, Philip B Adamson, Robert C Bourge, Mark F Aaron, Maria Rosa Costanzo, Lynne W Stevenson, Warren Strickland, Suresh Neelagaru, Nirav Raval, Steven Krueger, Stanislav Weiner, David Shavelle, Bradley Jeffries, Jay S Yadav, for the CHAMPION Trial Study Group

Summary

Lancet 2011; 377: 658-66

Published Online

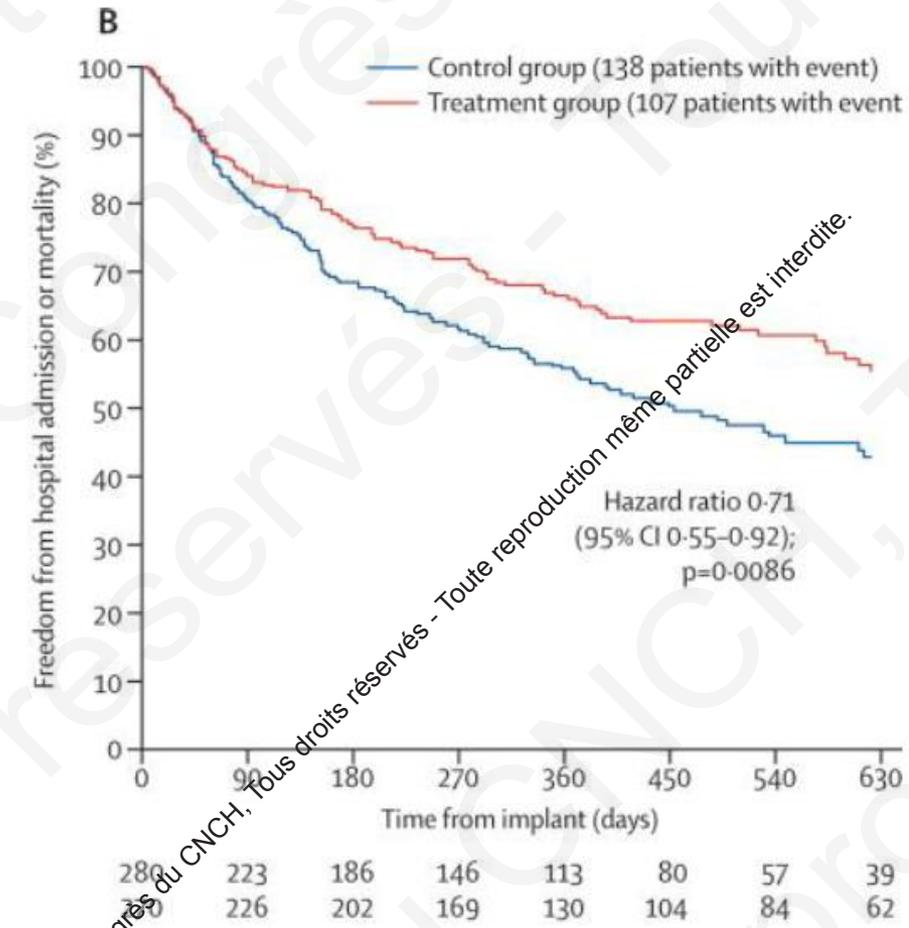
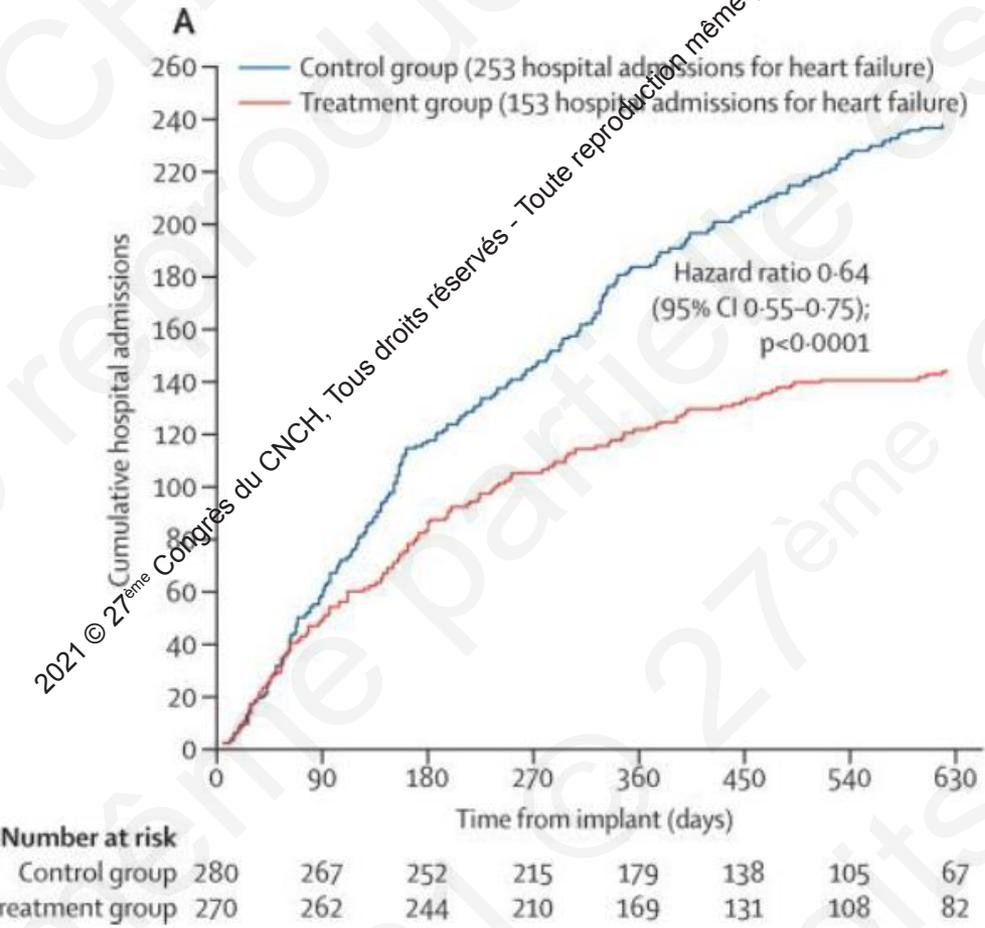
February 10, 2011

DOI:10.1016/S0140-

Background Results of previous studies support the hypothesis that implantable haemodynamic monitoring systems might reduce rates of hospitalisation in patients with heart failure. We undertook a single-blind trial to assess this approach.

- **Study design:** RCT (1:1), NYHA III patients hospitalized for heart failure within the past 12 months, n=570; multicentre (n=64), single-blinded, follow-up: mean 15 month (at least: 6 months); (NCT00531661)
- **Primary Endpoint:** Rate of HF – hospitalization
- **Secondary Endpoints:** Device-related complications, change in pulmonary pressure up to 6 months (relative to baseline)
- **Intervention:** Drug changes based on standard care and daily transferred sensor hemodynamics (2nd/3rd Generation)

Primary Endpoint: HF-related Hospitalizations



Cumulative HF – hospitalization during randomized, single-blinded follow-up period (A), and freedom from first HF – hospitalization or mortality during entire follow-up period (B)

Sometimes it don't works...

TIM-HF Trial: Study Design

Impact of Remote Telemedical Management on Mortality and Hospitalizations in Ambulatory Patients With Chronic Heart Failure: The Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Study

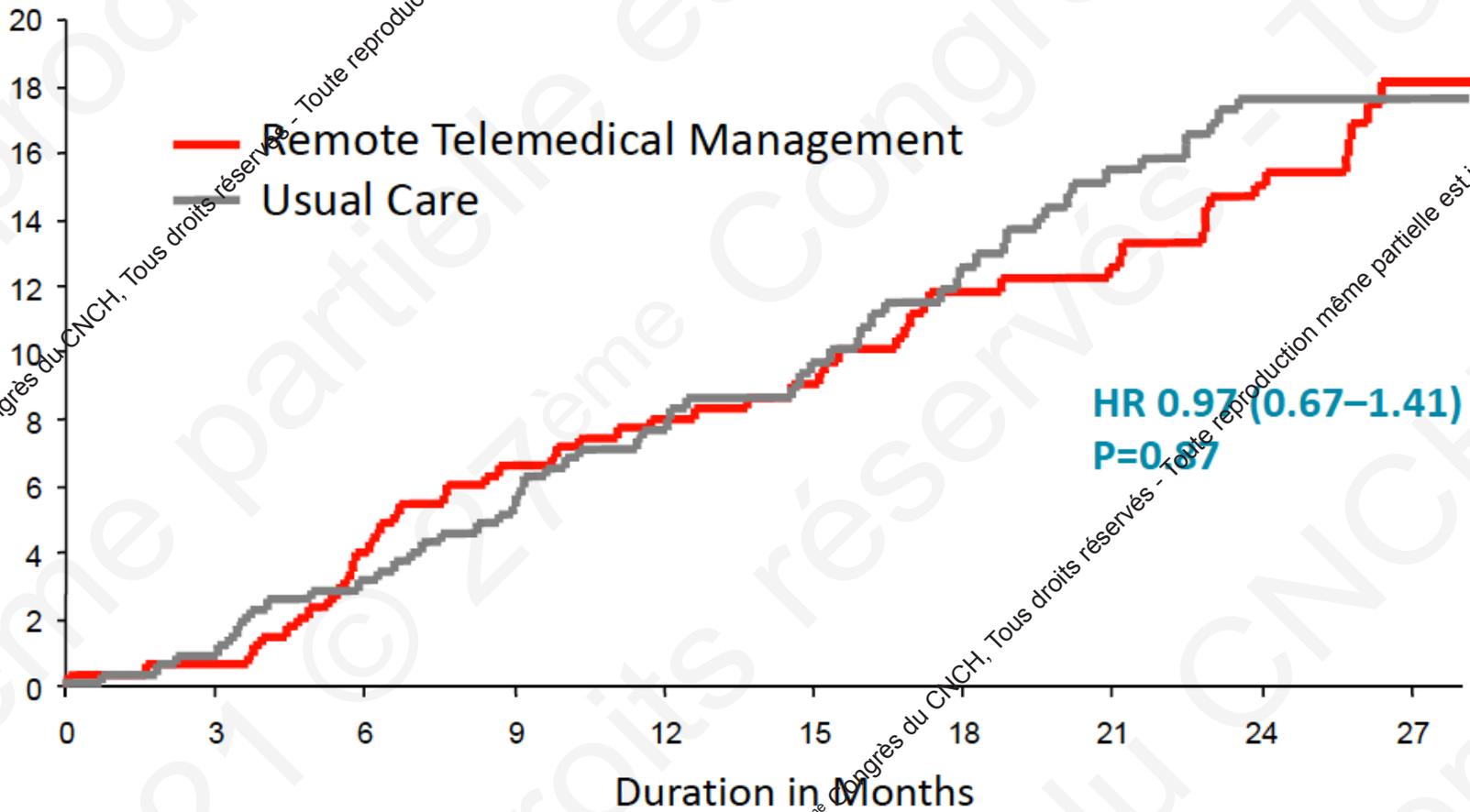
Friedrich Koehler, Sebastian Winkler, Michael Schieber, Udo Sechtem, Karl Stangl, Michael Böhm, Herbert Boll, Gert Baumann, Marcus Honold, Kerstin Koehler, Goetz Gelbrich, Bridget-Anne Kirwan, Stefan D. Anker and on behalf of the Telemedical Interventional Monitoring in Heart Failure Investigators
Circulation published online Mar 28, 2011;

- **Study design:** RCT (1:1), stable patients hospitalized for heart failure within previous 24 months, n=710; multicenter (NCT00543881)
- **Primary Endpoint:** All-cause mortality during 26 months follow-up period
- **Secondary Endpoints:** Number of days lost due to all-cause mortality and/or heart failure hospitalization
- **Intervention:** 24h/7d complex remote telemedical patient management (3rd Generation)



Primary Endpoint: Total Mortality

Number of Events



Et effectivement....

- TIM HF 2 est positive sur le nombre de jours passés à l'hôpital mais aussi sur la mortalité et les rehospitalisations....

| | Remote patient management (n=765) | | Usual care (n=773) | | Ratio, remote patient management vs usual care (95% CI) | p value |
|---|-----------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|---|---------|
| | Number of patients with event | Weighted average (95% CI) | Number of patients with event | Weighted average (95% CI) | | |
| Percentage of days lost due to unplanned cardiovascular hospitalisation or death of any cause | 265 (35%) | 4.88% (4.55-5.23) | 290 (38%) | 6.64% (6.19-7.13) | 0.80* (0.65-1.00) | 0.0460 |
| Days lost per year | .. | 17.8 days (16.6-19.1) | .. | 24.2 days (22.6-26.0) | .. | .. |
| All-cause mortality† | 61 (8%) | 7.86 (6.14-10.10) | 89 (12%) | 11.34 (9.21-13.95) | 0.70† (0.50-0.96) | 0.0280 |
| Cardiovascular mortality‡ | 39 (5%) | 5.04 (3.68-6.90) | 59 (8%) | 7.51 (5.82-9.70) | 0.67† (0.45-1.01) | 0.0560 |

*Ratio of the weighted average. †Measured during individual patient follow-up time plus 28 days after the last study visit, to a maximum of 393 days. ‡Hazard ratio.

Table 2: Primary and key secondary outcomes

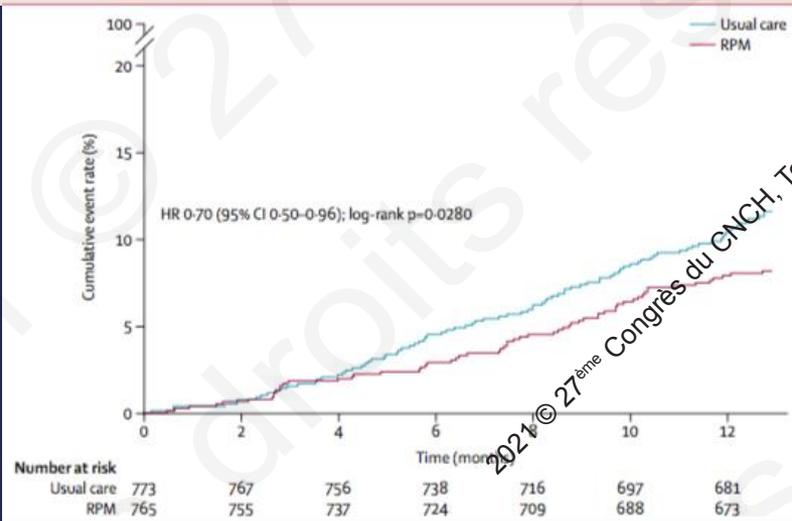
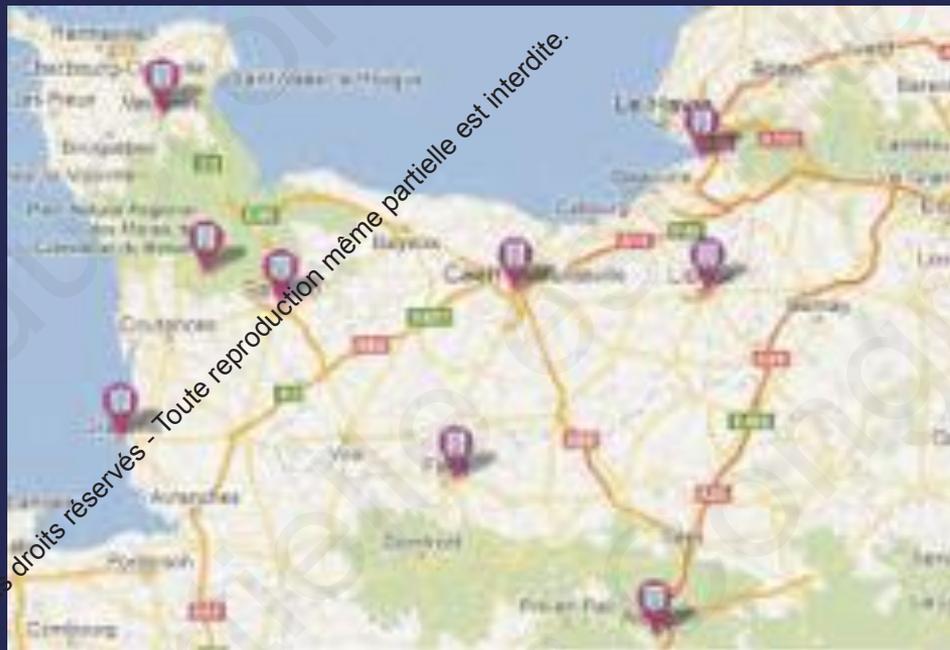


Figure 2: Kaplan-Meier cumulative event curve for all-cause death

Normandy: SCAD

- Based on a specific web module with a specific hardware at patient's home.
- Every day , the patient integrate is the software his weight, symptoms etc.. And received sepcific messages about therapeutic education.
- The nurses in each hospital received some alerts and could contact the patient and the GP.

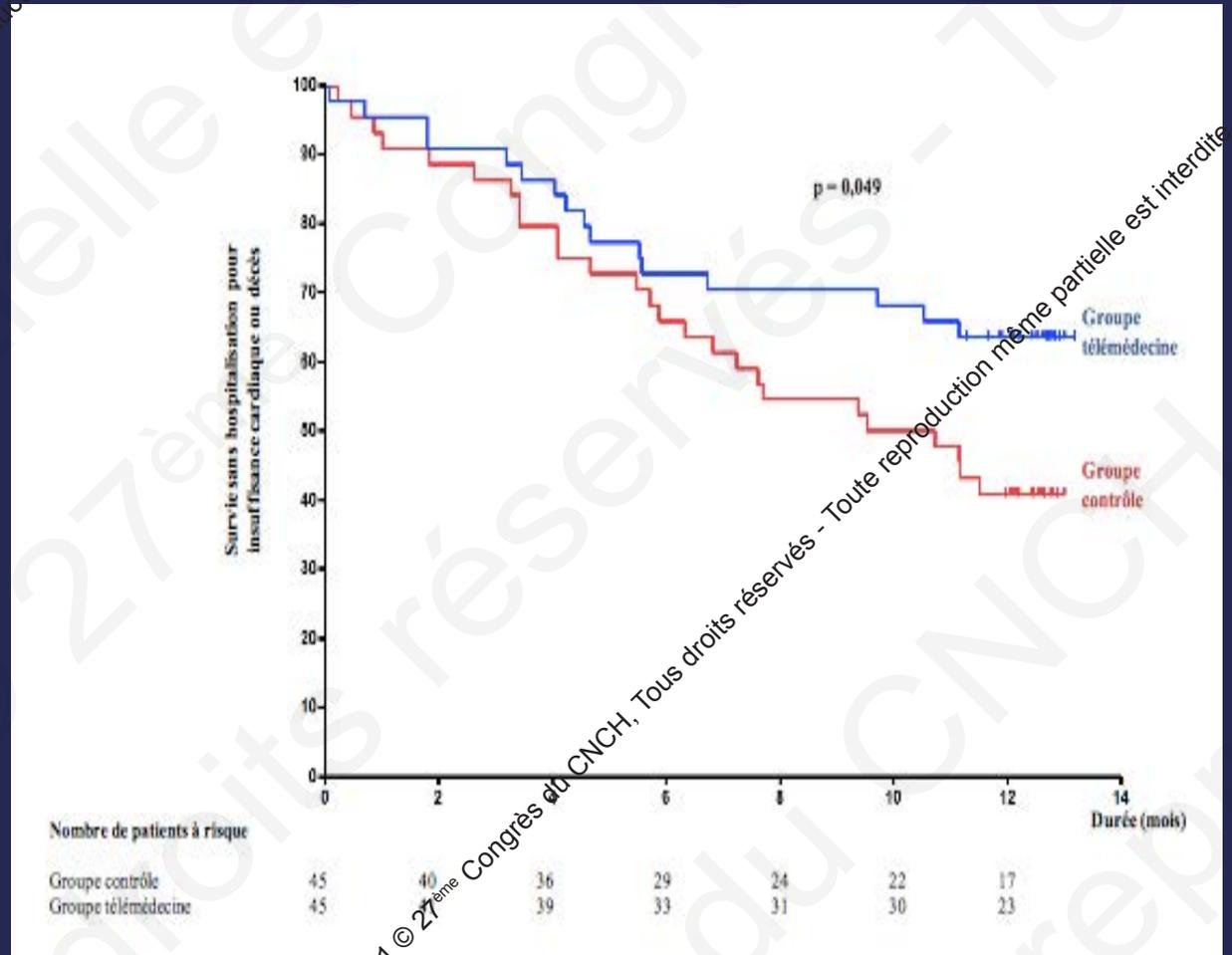
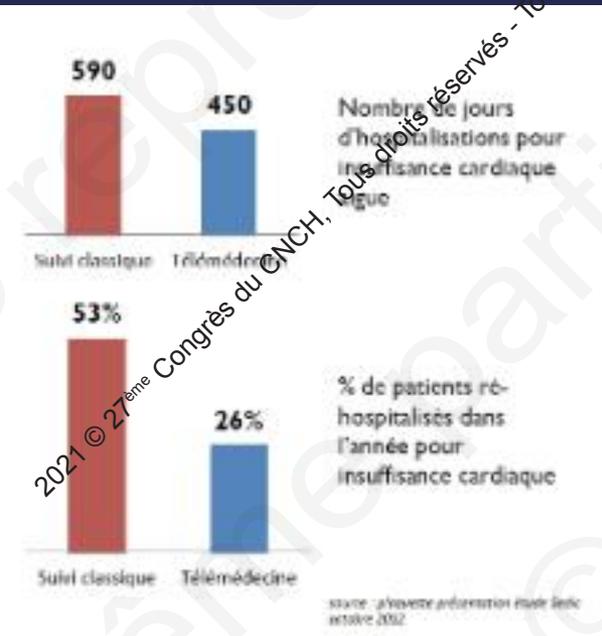


Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.



Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

SCAD



Le centre de suivi « heures de bureau »

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.

Le pèse personne



Chaque matin, le patient se pèse

→ Transmission
automatique du poids
via le boîtier
communicant

Accès du patient au boîtier



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 ?

Les premiers travaux en France

- Ont démontré une sécurité d'emploi
- Ont démontré une non infériorité en terme de risque
- Ont démontré une baisse de l'utilisation des ressources médicales (moins de consultation)



ETAPES : TELESURVEILLANCE



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 cardio-vasculaire 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 | |

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Critères d'inclusion spécifiques insuffisance cardiaque (TLS)

- Hospitalisation au cours des 30 derniers jours pour une poussée d'IC chronique
- Hospitalisation au moins une fois au cours des 12 derniers mois pour une poussée d'IC chronique (diagnostic principal selon le compte rendu et actuellement soit
 - en classe NYHA ≥ 2
 - 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

Périmètre TLS



- 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

Missions des acteurs impliqués (TLS)

❖ Solution technique et organisationnelle minimale à mettre en œuvre :

➤ Associer *a minima* :

- Un système de recueil et de mesure du poids 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

Missions des acteurs impliqués (TLS)

- Le médecin incluant prescrit:
 - la solution de TLS (choix industriel et de ce qui sera fait)
 - L'accompagnement thérapeutique (et qui le fait)
- Informe le médecin traitant et le médecin qui effectuera le télésuivi si ce n'est pas lui
- Explique le tout au patient.

Accompagnement thérapeutique ?

L'accompagnement thérapeutique du patient et de ses proches est un élément complémentaire de l'éducation thérapeutique. Il a pour objectifs de permettre au patient :

- De s'impliquer en tant qu'acteur dans son parcours de soins ;
- De mieux connaître sa pathologie et les composantes de sa prise en charge ;
- D'adopter les réactions appropriées à mettre en œuvre en lien avec son projet de télésurveillance.

Cet accompagnement tout au long du projet de télésurveillance est indispensable pour permettre au patient de s'impliquer dans sa surveillance et d'adhérer ainsi à son plan de soin. Il nécessite l'accord préalable du patient. Le patient qui refuse cet accompagnement ne peut pas être inclus dans le projet de télésurveillance.

Il est complémentaire et ne se substitue pas à la formation du patient à l'utilisation du dispositif de télésurveillance.

Chaque séance d'accompagnement thérapeutique peut se réaliser sous forme présenteielle ou à distance, quel que soit le moyen utilisé (téléphone, E-learning, enseignement assisté à distance). **Un nombre minimal d'une séance mensuelle doit être réalisée tout au long de la prise en charge du patient dans le cadre du projet de télésurveillance.**

Qui peut dispenser l'accompagnement thérapeutique ?

L'accompagnement thérapeutique doit être réalisé par un professionnel de santé qui doit attester :

- Pour les médecins : d'une formation minimale de 40 heures, conformément au décret du 2 août 2010²⁴ ou d'un DU d'éducation thérapeutique ou de la validation d'un programme DPC portant sur l'éducation thérapeutique ;
- Pour les autres professionnels de santé :
 - d'une formation minimale de 40 heures, conformément au décret du 2 août 2010²⁵ ou d'un DU d'éducation thérapeutique ou de la validation d'un programme DPC portant sur l'éducation thérapeutique ;
 - et d'un programme DPC portant sur la ou les pathologies concernées.

Le professionnel doit être inscrit à l'ordre

Il doit pouvoir recevoir des paiement d'actes de la sécurité sociale

Il ne peut être interchangeable

Il faut garder l'ordonnance faite par le cardiologue ++++++

Rémunération insuffisance cardiaque chronique



| Insuffisance Cardiaque Chronique | | 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 | |
|---|--|--|--|--|---|
| | Niveau de réduction des coûts | Type de rémunération | | | |
| 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

et 300 euros/solution industrielle/an/patient

patient

Quand est ce que l'on facture ?

- Une fois le service effectué....
- Ou si le patient est décédé ou si le patient a arrêté la TLM.
- S'il a débuté (reçu) le matériel alors c'est facturable pour 6 mois.

Comment est ce que l'on facture ?

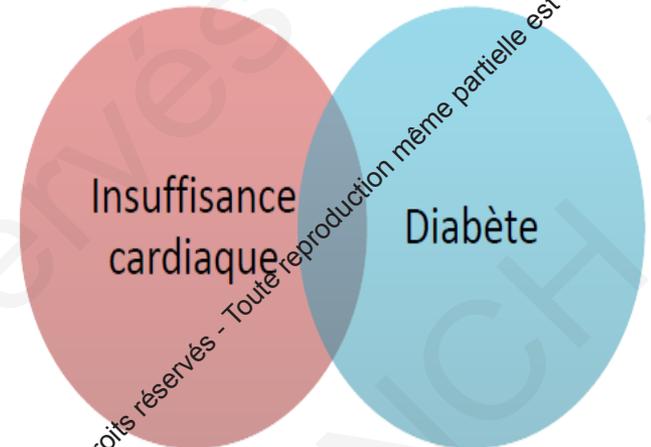
- Ca dépend si votre logiciel est à jour et si le fabricant a incorporé les codes.
- Si oui alors comme une facturation normale avec la carte vitale quand vous voyez le patient ou bien en carte forcée
- Si non alors je conseille feuille de soins papier avec le codage TLS et TLA

La crise sanitaire...

- **Elargissement des critères d'inclusion pour deux CDC dans la cadre de la crise sanitaire**

- ICC : suppression de la condition d'hospitalisation
- Diabète:
 - Suppression du seuil d'HBA1C pour tous les diabétiques de type 1 ainsi que pour les diabétiques de type 2 traités par au moins 3 injections d'insuline par jour ou par pompe à insuline
 - Suppression du seuil d'HBA1C pour les diabétiques de type 2 lors de l'initiation d'une insuline basale

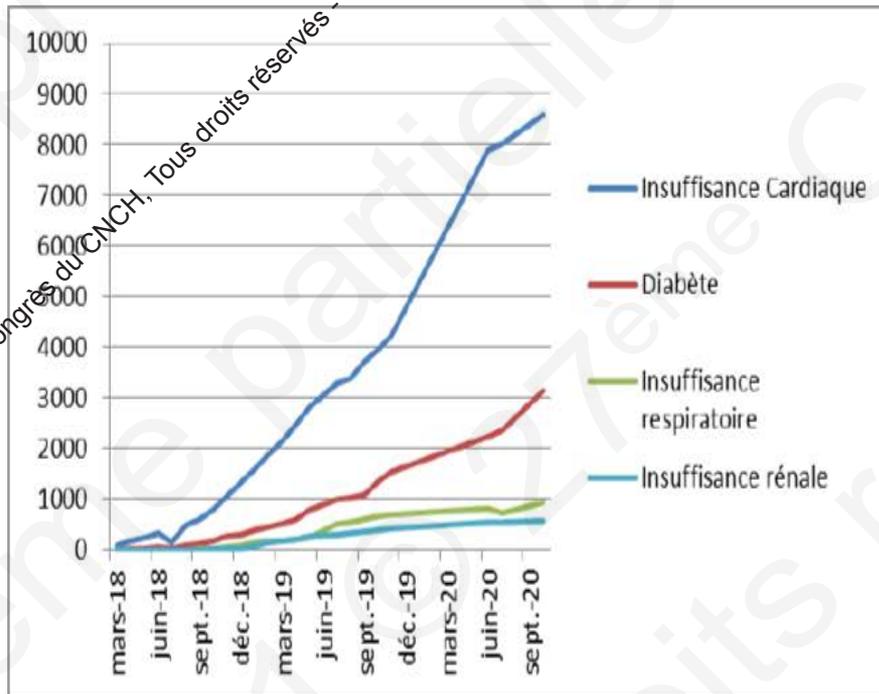
- **Pérennisation jusqu'au terme des expérimentations**



2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

ETAPES où en est on ?

- Estimation



| | |
|----------------------|------------|
| | octobre-20 |
| Insuf. cardiaque | 8588 |
| Diabète | 3135 |
| Insuf. respi | 828 |
| Insuf. rénale | 551 |
| Prothèses | ~70000 |
| Total hors prothèses | ~85000 |

Le Ségur de la Santé

**SÉGUR
DE LA SANTÉ**
Les conclusions

FÉDÉRER LES ACTEURS DE LA SANTÉ DANS LES TERRITOIRES AU SERVICE DES USAGERS

MESURE 24

ASSURER LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉSAINTÉ DANS TOUS LES TERRITOIRES

— Accélérer le développement des téléconsultations :

- des consultations en télémedecine en prolongeant le dispositif mis en place pendant la crise du COVID ;
- en assouplissant le principe de connaissance préalable du patient pour les téléconsultations ;
- en permettant dans certaines conditions des téléconsultations en dehors des principes actuels du parcours de soin coordonnés.

— Élargir à tous les patients les conditions de réalisation d'une télé-expertise et permettre aux professionnels de santé non médicaux de solliciter une télé-expertise.

— Permettre une prise en charge conventionnelle des actes de télémedecine pour les sages-femmes et les chirurgiens-dentistes.

— Fixer le périmètre et les principes du financement de la télésurveillance puis confier aux partenaires conventionnels le soin de définir la rémunération afférente.

Exemple : Justine, 9 ans, souffre de dyslexie. Il n'y a pas d'orthophoniste près de chez elle. Sa mère prend rendez-vous pour une première consultation à distance avec une orthophoniste du département. Cette consultation est remboursée à 100 % par l'assurance maladie.

Prochaines étapes

- Négociations conventionnelles, concertation sur les mesures législatives et réglementaires nécessaires
- Calibrage d'une mesure de financement par les organismes complémentaires de la prise en charge intégrale de la télé-médecine



télé santé
médecine
soin

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Donc demain....

- Vous en parlez à vos IDE

Elles sont surchargées ou cela ne les intéresse pas

Choisissez un système de télésurveillance avec IDE intégrées et tenez votre secrétaire au courant

Cela les intéresse

Choisissez un système de télésurveillance et tenez votre secrétaire au courant

Intégrez vos IDE au travail des IDE de l'industriel ou à votre pratique de la TLS

Telechargez toutes les pieces sur www.sante.gouv.fr/telemedecine/etapes

Faites signer votre directeur

Entrez en contact avec l'industriel et rentrez votre premier patient (un sympa)

2022 c'est



2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2021 © 27^{ème} Congrès du CNCH, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

L'entrée dans le droit commun...;

- Jusque juin 2022 aucun changement à étapes
- Puis les pathologies d'ETAPES rentreront dans un circuit de facturation différent en cours de finalisation mais seront financées alors que les autres pathologies devront passer par une analyse HAS pour déterminer si elles seront éligibles.
- L'organisation sera par contre certainement plus complexe.
- La LFSS a été votée mais il faut attendre le décret d'application pour déterminer les cahiers des charges.

Restons vigilants sur l'absence de surcharge réglementaire...

