

## I Revues générales

# Peut-on faire de la télésurveillance en pratique libérale ?

**RÉSUMÉ :** L'insuffisance cardiaque est une maladie grave dont l'une des principales complications est la répétition des décompensations entraînant des hospitalisations itératives. La télésurveillance semble améliorer le pronostic des patients en identifiant de manière précoce les signes de congestion afin de permettre une prise en charge rapide et une diminution du recours aux séjours hospitaliers. Le déploiement de la télésurveillance bénéficie d'une volonté forte des tutelles.

Depuis quelques semaines, les prestataires de service peuvent proposer eux-mêmes une offre d'accompagnement thérapeutique réalisé par des professionnels de santé formés, indispensable au déploiement de la télésurveillance. La télésurveillance ne se limite donc plus aux structures de soins disposant déjà d'un programme d'éducation thérapeutique et le cardiologue libéral a toute sa place dans ce déploiement.



**F. ZORES**  
Groupe Médical Spécialisé Le Premium,  
STRASBOURG.

L'insuffisance cardiaque (IC) est une maladie chronique et sévère, grevée d'hospitalisations itératives et d'une mortalité approchant les 50 % dans les 5 ans qui suivent le diagnostic [1]. L'amélioration de la prise en charge est donc un enjeu majeur et la télésurveillance permettrait d'améliorer le pronostic de ces patients. Le cardiologue libéral peut-il s'approprier cet outil et l'intégrer dans sa pratique quotidienne ?

### La télésurveillance dans l'insuffisance cardiaque : pourquoi ?

La prévalence de l'IC en France est de 2 % dans la population adulte [2]. On dénombre 165 000 hospitalisations annuelles en France avec des taux de réhospitalisation à 3 mois et 1 an de respectivement 25 % et 45 %, et un taux de décès dans l'année suivant l'hospitalisation de 29 % [2, 3]. Du fait de la répétition des séjours hospitaliers, le coût de

la prise en charge de l'IC est très élevé (2,5 milliards d'euros en 2013 en France dont 49 % liés aux hospitalisations) [2].

La moitié des patients passant par les urgences pour une IC décompensée ont une IC déjà connue [4], et les patients consultent de manière tardive [5]. Dans l'étude IC-PS2 réalisée par le Groupe Insuffisance Cardiaque et Cardiomyopathies de la SFC, 31 % des patients avaient des symptômes d'IC (essoufflement, prise de poids, œdème, fatigue – EPOF) plusieurs mois avant leur hospitalisation (données non encore publiées). Par ailleurs, à peine 10 % des insuffisants cardiaques bénéficieront d'une réadaptation cardiovasculaire au cours de laquelle peut être dispensée une éducation thérapeutique (ETP) [6].

L'association d'une meilleure surveillance des patients et d'une ETP pourrait modifier cette situation d'hospitalisations itératives en identifiant plus rapidement les stigmates de la décompensation cardiaque. La prise de poids,

## I Revues générales

en particulier, est l'un des premiers signes à apparaître, plusieurs jours avant l'hospitalisation [7]. C'est à partir de ces constats qu'ont été développés les programmes de télésurveillance dans l'IC.

L'amélioration du suivi de l'IC par des programmes de télémonitoring et/ou des contacts téléphoniques a été évaluée dans de nombreuses études. La dernière méta-analyse Cochrane sur le sujet remonte à 2015 [8]. Elle a inclus 41 essais et 12 947 patients. Comparativement au suivi habituel, un suivi téléphonique structuré permet d'obtenir une baisse de la mortalité toutes causes de 13 % (IC 95 % : 0,77-0,98) et des hospitalisations pour IC de 15 % (IC 95 % : 0,77-0,93), et le télémonitoring une baisse de la mortalité toutes causes de 20 % (IC 95 % : 0,68-0,94) et des hospitalisations pour IC de 29 % (IC 95 % : 0,60-0,83).

La présence d'un contact humain (même téléphonique) est indispensable. En effet, d'une part les études reposant sur des réponses téléphoniques interactives se sont révélées neutres, d'autre part le télémonitoring seul n'apporte pas de bénéfice : il ne peut servir qu'à améliorer la prise en charge des patients, par exemple en facilitant l'optimisation du traitement de fond de l'IC. Ce qui signifie que l'expertise cardiologique reste indispensable, même chez les patients en télésurveillance, et que le télémonitoring n'a que peu d'intérêt chez des patients stables déjà bien traités [9].

L'étude randomisée TIM-HF2 publiée récemment a suggéré qu'un programme de télésurveillance de l'IC permet de diminuer le nombre de jours d'hospitalisation (17,8 jours par an [IC 95 % : 16,6-19,1] contre 24,2 jours par an [IC 95 % : 22,6-26,0]) et la mortalité totale (7,86 [IC 95 % : 6,14-10,10] pour 100 patients-années contre 11,34 [IC 95 % : 9,21-13,95] pour 100 patients-années [HR : 0,70 ; IC 95 % : 0,50-0,96 ; p = 0,028]) [10]. Il faut cependant souligner que le télé-suivi présenté dans cette étude est parti-

culièrement développé avec, en plus de la pesée et de la prise de pression artérielle, notamment un enregistrement électrocardiographique 3 dérivations et un saturomètre ainsi qu'un centre de télésurveillance joignable 24/24 heures et 7/7 jours. La télésurveillance était évidemment complétée d'une ETP.

En France, deux études sont encore en cours : PIMPS, qui a inclus plus de 300 patients en Île-de-France, et OSICAT, qui a inclus près de 1 000 patients, initialement dans le Sud-Ouest puis dans quelques autres régions. Ces études n'incluent plus de nouveaux patients mais le suivi se poursuit.

### La télésurveillance dans l'insuffisance cardiaque : comment ?

Les résultats prometteurs des études de télésurveillance ont conduit au déploiement d'une expérimentation nationale pour la télésurveillance de l'IC dans le cadre du programme ETAPES (Expérimentations de Télé-médecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé), avec pour objectif d'obtenir, à l'échelle nationale, une réduction de 20 % des hospitalisations pour IC. La mise en place de programmes de télésurveillance suppose que plusieurs

types d'acteurs se coordonnent autour du patient. La prestation de télésurveillance comprend obligatoirement, sur prescription médicale, l'association d'une télésurveillance médicale, d'une fourniture de solution technique et d'une prestation d'accompagnement thérapeutique. Toute prestation incomplète ne donnera pas lieu à rémunération.

La solution technique comprend au moins une balance connectée et un algorithme chargé d'identifier les décompensations débutantes. Le principe est d'identifier de manière précoce, grâce aux signaux recueillis par les objets connectés et traités par l'algorithme, les décompensations cardiaques afin d'amener une réponse rapide et proportionnée et d'éviter au mieux le recours à une hospitalisation, au pire d'en réduire la durée (fig. 1).

La réponse à une alerte peut aller d'une réadaptation thérapeutique, notamment de la dose de diurétique par voie téléphonique, à l'hospitalisation si possible programmée pour éviter le recours aux services d'urgence, en passant par une consultation rapprochée chez le médecin généraliste ou le cardiologue.

Plusieurs prestataires de service se sont positionnés sur le segment de la télésurveillance de l'IC, chacun avec ses

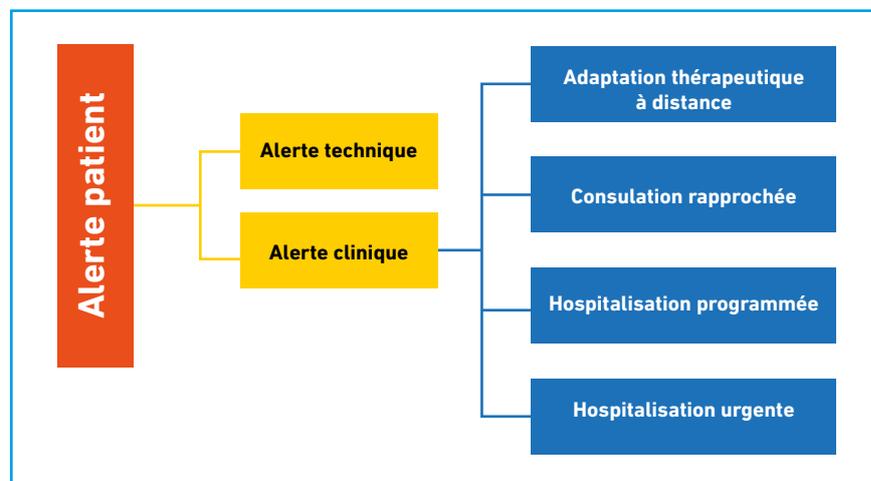


Fig. 1 : Principe de la télésurveillance.

spécificités, que ce soit pour les outils connectés proposés (balance, tablette, tensiomètre...) ou l'algorithme de gestion des alertes. Certains proposent également une plateforme téléphonique infirmière pour gérer les alertes les moins importantes issues de l'algorithme.

L'accompagnement thérapeutique est un élément important du dispositif. Il permet de former le patient à l'utilisation de la solution de télésurveillance, de limiter les risques de décompensation cardiaque en lui transmettant des compétences éducatives, notamment concernant l'alimentation et les apports en sel, les facteurs de risque de décompensation cardiaque ou la conduite à tenir en cas d'apparition d'une congestion. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une ETP. Il comprend au moins 3 contacts téléphoniques en 6 mois. Le refus du patient de suivre l'accompagnement thérapeutique est un critère de non-inclusion.

Il est désormais possible pour des structures non établissement de santé ou centre de santé salariant des professionnels de santé d'assurer l'accompagnement thérapeutique dans le cadre expérimental ETAPES. La prestation d'accompagnement thérapeutique peut donc être réalisée par un professionnel de santé libéral ou salarié par le fournisseur de la solution technique lui-même, ce qui devrait permettre un développement plus large de la télésurveillance en dehors des centres disposant déjà d'une plateforme d'ETP. Dans tous les cas, les professionnels de santé dispensant l'accompagnement thérapeutique doivent pouvoir justifier de 40 heures de formation à l'ETP.

### La télésurveillance dans l'insuffisance cardiaque : en pratique

Le déploiement en médecine libérale d'une offre de télésurveillance n'est guère plus complexe que le fait de proposer une offre de traitement par pression

positive continue (PPC) du syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Il convient initialement :

- de signer une convention entre le professionnel assurant la télésurveillance et celui fournissant la solution technique ;
- d'adresser à l'ARS et au conseil départemental de l'Ordre des médecins du lieu d'exercice une déclaration type d'activité de télémedecine qui permet d'entrer dans le dispositif d'expérimentation de la rémunération des actes de télémedecine (document à télécharger sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé) ;
- de vérifier auprès de son assurance professionnelle la couverture de l'activité de télésurveillance.

Les patients peuvent être inclus dans un programme de télésurveillance de l'IC par le médecin traitant, un médecin spécialiste en médecine gériatrique, ou un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou généraliste disposant d'un diplôme universitaire d'IC. Seuls ces deux derniers sont habilités à effectuer la télésurveillance, ce qui inclut évidemment les cardiologues libéraux.

Les critères d'inclusion sont repris dans la **figure 2**. Il s'agit de patients récemment hospitalisés ou hospitalisés dans l'année mais restant symptomatiques. Il s'agit de proposer la télésurveillance à des patients restant à risque d'hospitalisation afin d'obtenir, grâce à la télésur-

veillance, une réduction des événements par rapport à une prise en charge classique. Inclure des patients stables, asymptomatiques et sous traitement maximal ne permettrait en effet probablement pas de démontrer une efficacité du dispositif [9].

Les critères de non-inclusion comprennent l'impossibilité physique ou psychique d'utiliser tous les composants du projet de télésurveillance, la dialyse chronique et l'insuffisance hépatique sévère, toute pathologie – en dehors de l'IC chronique – entraînant une espérance de vie de moins de 12 mois, une compliance habituelle faible, un refus de suivre l'accompagnement thérapeutique et une absence de lieu de séjour fixe.

Si le patient répond aux critères d'inclusion, il doit bénéficier d'une information éclairée sur le fonctionnement de la télésurveillance (notamment l'obligation de suivre l'accompagnement thérapeutique) et signer un consentement. Le médecin adresse une prescription au prestataire de service et, selon l'organisation choisie, au professionnel assurant l'accompagnement thérapeutique et/ou au médecin télésurveillant. La prescription initie la télésurveillance pour 6 mois. La prescription peut être renouvelée à l'issue de ces 6 mois par le médecin télésurveillant ou le médecin prescripteur initial, **si le patient répond toujours aux critères d'inclusion.**

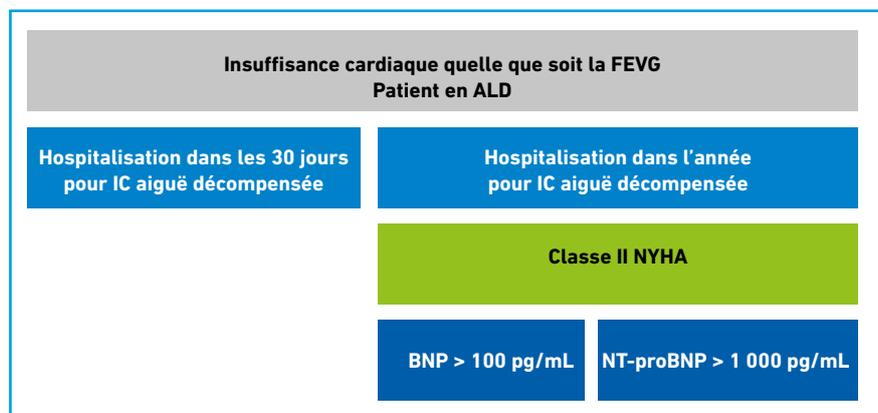


Fig. 2 : Critères d'inclusion dans un programme de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque.

## I Revues générales

### POINTS FORTS

- La télésurveillance dans l'insuffisance cardiaque permet de diminuer la mortalité totale et les hospitalisations pour insuffisance cardiaque.
- La télésurveillance fait l'objet d'une promotion forte de la part des tutelles avec notamment un financement bien identifié.
- Le déploiement de la télésurveillance en cardiologie libérale est aisé grâce à des formalités simples et à la possibilité pour le prestataire de service d'assurer l'accompagnement thérapeutique.

La rémunération est forfaitaire par période de 6 mois et répartie entre les différents acteurs de la télésurveillance (**tableau I**): médecin télésurveillant, industriel fournissant la solution technique et professionnel/structure assurant l'accompagnement thérapeutique. De manière novatrice, si l'expérimentation de la télésurveillance permet, à l'échelle nationale, une réduction de plus de 20 % des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, l'ensemble des parties prenantes recevra un pourcentage des économies générées.

Sur le plan pratique, le médecin télésurveillant facture le forfait TSM au terme des 6 mois *via* une feuille de soins électronique ou papier. Le paiement de ce forfait ne fait pas échec au paiement de toute consultation physique qui s'avérerait nécessaire dans le cadre du suivi du patient, y compris à l'issue des alertes générées par le système de télésurveillance. Pour l'accompagnement thérapeutique, le professionnel de santé facture le forfait TSA en fin de télésurveillance (au terme des 6 mois) *via* une feuille de soins électronique ou papier.

La prestation TSA étant un acte prescrit, il doit obligatoirement transmettre à la caisse la prescription médicale afférente en tant que pièce justificative.

### ■ Conclusion

La télésurveillance dans l'IC dispose d'un soutien institutionnel dans le cadre d'une expérimentation nationale, avec notamment une rémunération bien définie et un protocole de déploiement simple pour le professionnel de santé. Son déploiement en cardiologie libérale est tout à fait envisageable et même souhaitable afin d'améliorer la prise en charge de cette pathologie sévère. La possibilité de réaliser l'accompagnement thérapeutique *via* les sociétés fournissant le service de télésurveillance est un élément pouvant faciliter la diffusion du dispositif qui se trouvait jusque-là cantonné aux entités (en général hospitalières) disposant d'un programme d'ETP. L'influence des sociétés privées sur les messages éducatifs transmis devra cependant être surveillée...

	Médecin effectuant la télésurveillance	Professionnel de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique	Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées
Lettre clé	TSM	TSA	TSF
Rémunération forfaitaire semestrielle	110,00 €	60,00 €	300,00 €

Tableau I: Rémunération de la télésurveillance

### BIBLIOGRAPHIE

1. MAMAS MA, SPERRIN M, WATSON MC *et al.* Do patients have worse outcomes in heart failure than in cancer? A primary care-based cohort study with 10-year follow-up in Scotland. *Eur J Heart Fail*, 2017;19:1095-1104.
2. TUPPIN P, RIVIÈRE S, RIGAUULT A *et al.* Prevalence and economic burden of cardiovascular diseases in France in 2013 according to the national health insurance scheme database. *Arch Cardiovasc Dis*, 2016;109:399-411.
3. TUPPIN P, CUERQ A, DE PERETTI C *et al.* Two-year outcome of patients after a first hospitalization for heart failure: A national observational study. *Arch Cardiovasc Dis*, 2014;107:158-168.
4. CHOUHED T, MANZO-SILBERMAN S, PESCHANSKI N *et al.* Management of suspected acute heart failure dyspnea in the emergency department: results from the French prospective multicenter DeFSSICA survey. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 2016;24:112.
5. TAYLOR CJ, HOBBS FDR, MARSHALL T *et al.* From breathless to failure: symptom onset and diagnostic meaning in patients with heart failure—a qualitative study. *BMJ Open*, 2017;7:e013648.
6. TUPPIN P, CUERQ A, DE PERETTI C *et al.* First hospitalization for heart failure in France in 2009: Patient characteristics and 30-day follow-up. *Arch Cardiovasc Dis*, 2013;106:570-585.
7. CHAUDHRY SI, WANG Y, CONCATO J *et al.* Patterns of Weight Change Preceding Hospitalization for Heart Failure. *Circulation*, 2007;116:1549-1554.
8. INGLIS SC, CLARK RA, DIERCKX R *et al.* Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015;(10). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007228.pub3/abstract>
9. DIERCKX R, INGLIS SC, CLARK RA *et al.* Telemedicine in heart failure: new insights from the Cochrane meta-analyses. *Eur J Heart Fail*, 2017;19:304-306.
10. KOEHLER F, KOEHLER K, DECKWART O *et al.* Efficacy of telemedical interventional management in patients with heart failure (TIM-HF2): a randomised, controlled, parallel-group, unmasked trial. *Lancet*, 2018;392:1047-1057.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.