Symposium Lilly/Afdet

« Télémédecine, éducation thérapeutique et relation soignant soigné »

Jeudi 31 janvier
18h-20h

Afdet

Lilly

Programme

- **Télémédecine, télésurveillance, programme ETAPES : de quoi s'agit-il ?**

  Pr Patrick Jourdain, Cardiologue, CHU Bicêtre

- **En quoi l'utilisation de la télémédecine transforme-t-elle la relation soignant/soigné ?**

  – **A propos de la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque,**

  Pr Patrick Jourdain, Cardiologue, CHU Bicêtre

  – **A propos de la télésurveillance du diabète de type 1 et de type 2,**

  Dr Sandrine Favre, diabétologue, CH Annecy

  – **A propos de la télésurveillance du diabète gestationnel,**

  Mme Stéphanie Favre-Correa et Mme Sandrine Julliard, infirmières, CH Annecy

  – **A propos d'un programme d'éducation thérapeutique en télémédecine,**

  Dr *Sylvie Fabre, rhumatologue, clinique Beau Soleil, Montpellier*

Modérateurs : *Pr Alfred Penfornis et Mme Karéma Soufi*

La télémédecine en France embarque l'éducation thérapeutique ?

Bienvenue dans ETAPES

P Jourdain

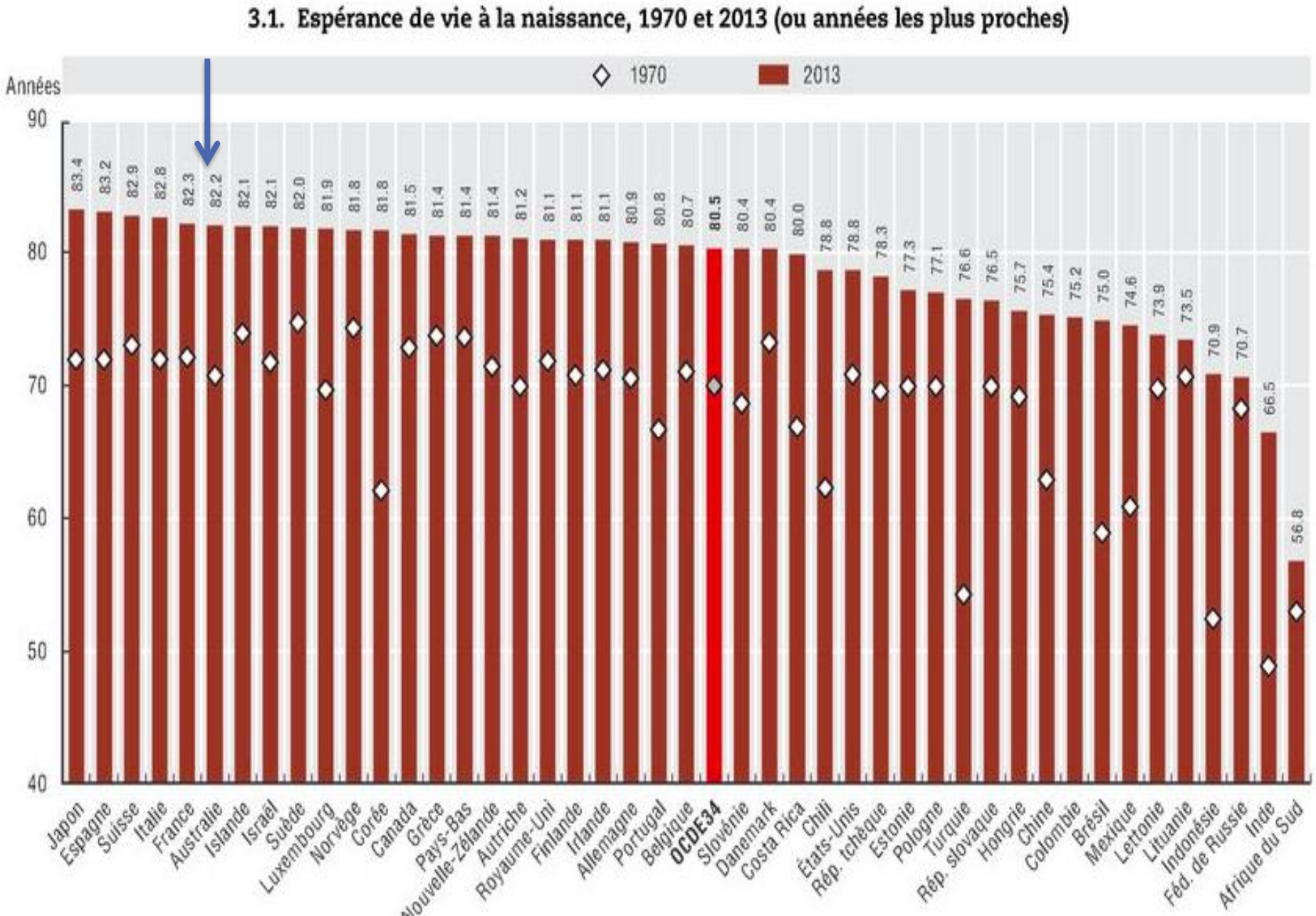
Service de cardiologie CHU Bicêtre

Disclosures

Honorarium from: Alere, Abbott, Servier, Lumina DX,Astra zeneca, MSD, Schering, Novartis, Daichi, Lilly, Roche, Boston, Medtronic, Sorin, Air liquide, Saint Jude médical,Livy, IQVA

Research: Servier, Novartis,,CAS, Amgen, MSD, Schering MSD,

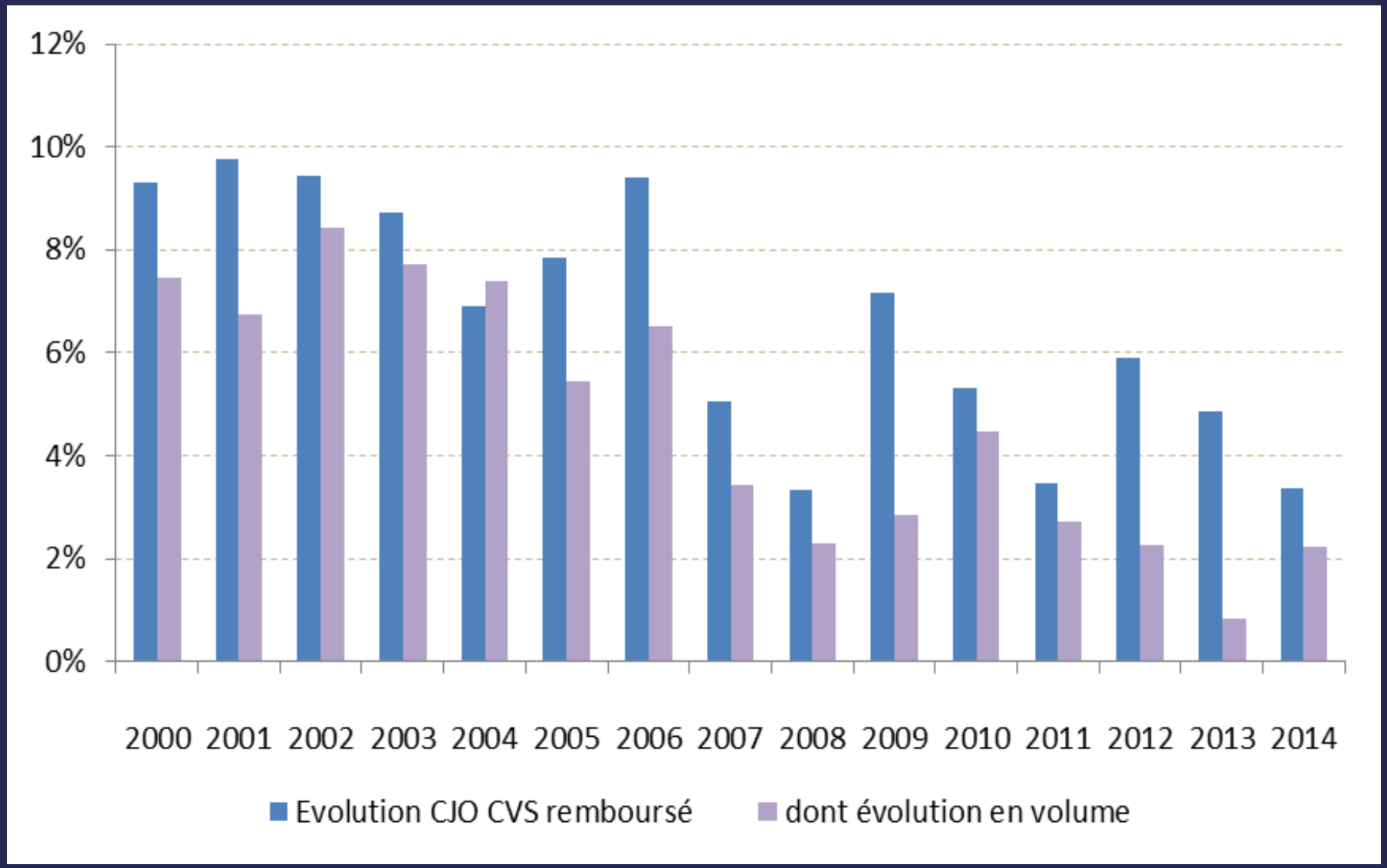
Life expectancy



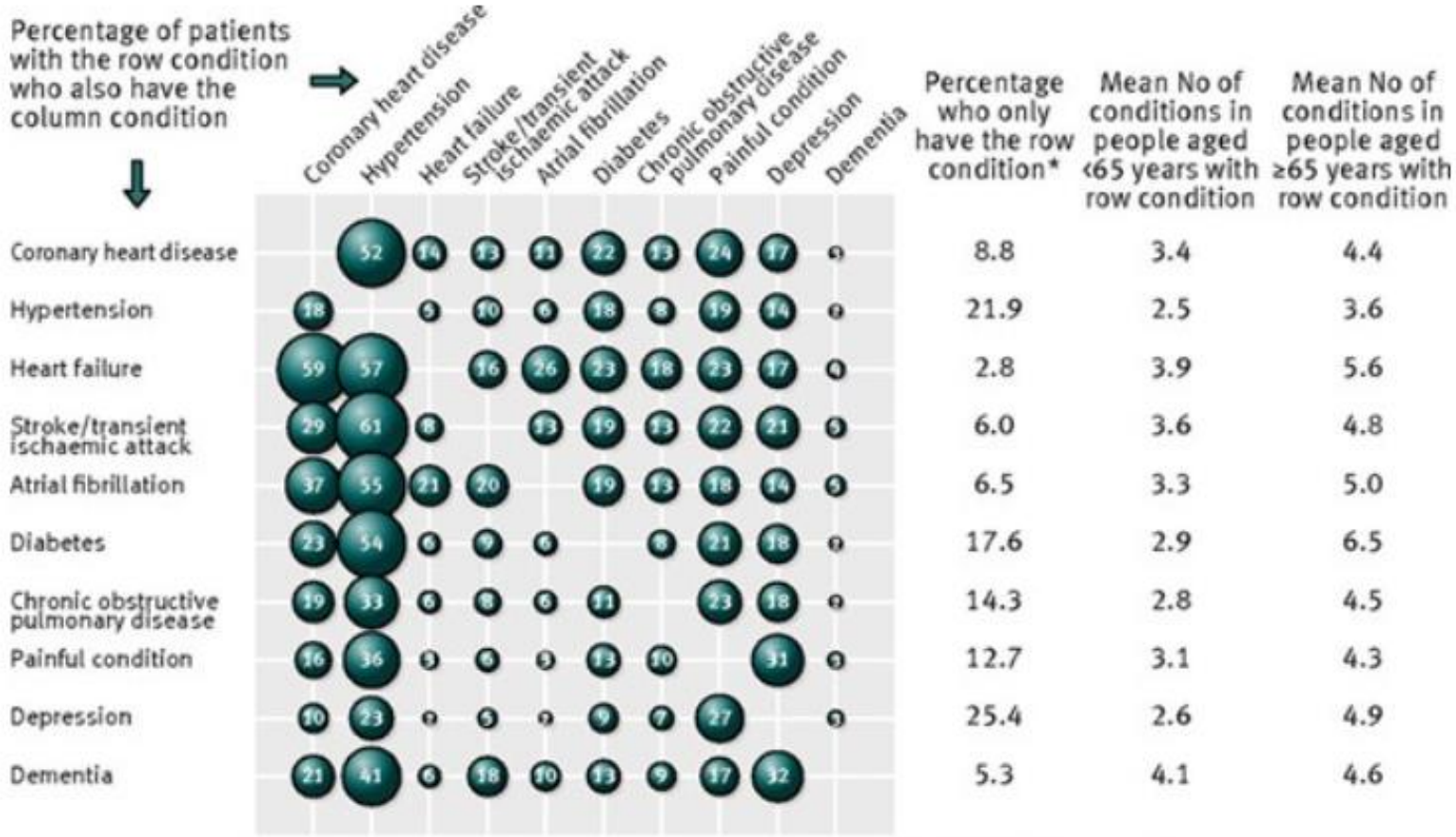
Un défi lancé par les maladies chroniques que nous n’arrivons pas à remporter…

Some concerns are not directly related to the disease… but are indirect costs.

Evolution annuelle des dépenses de transport depuis 2000, en valeur et en volume

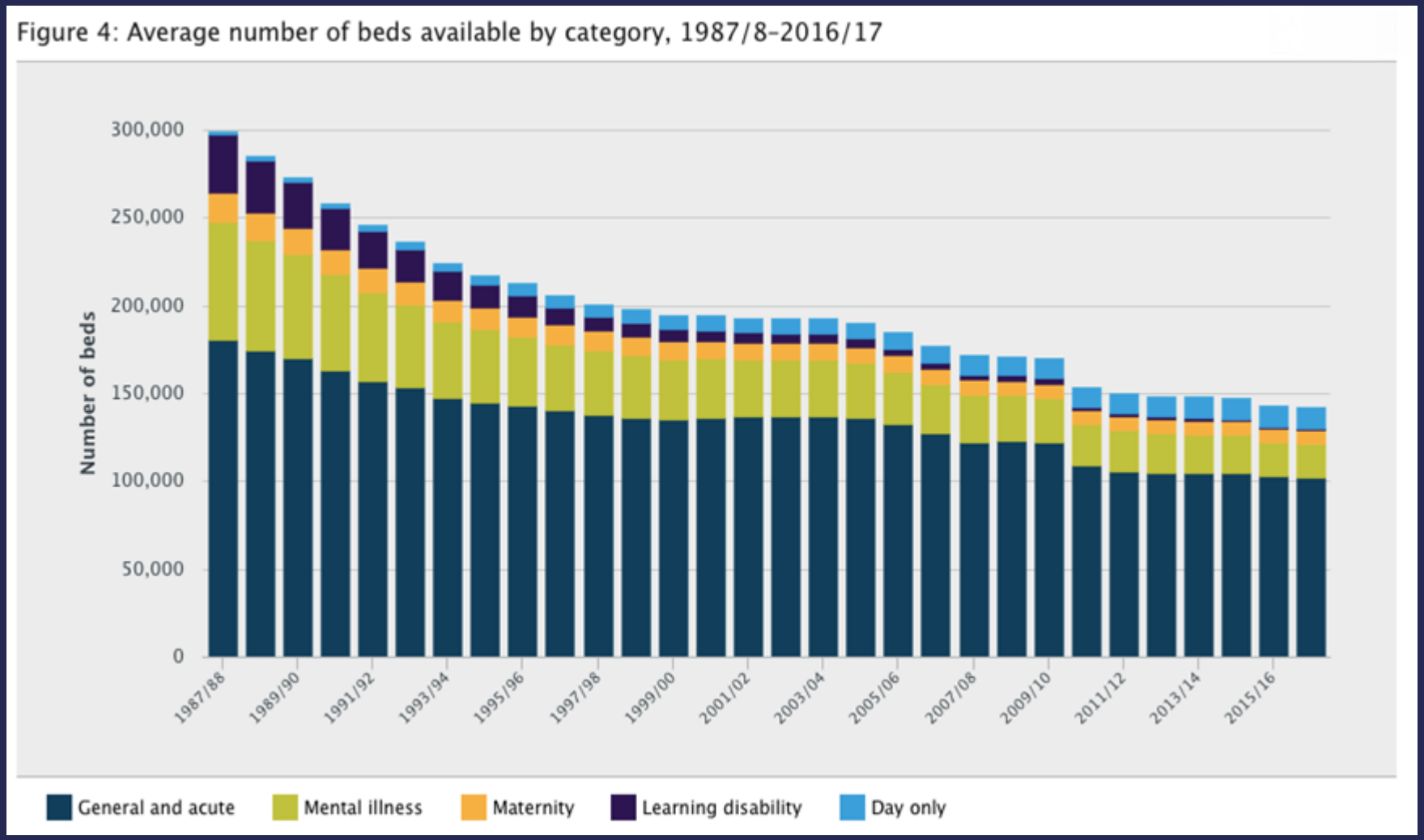


Comorbidities in GP trusts in UK



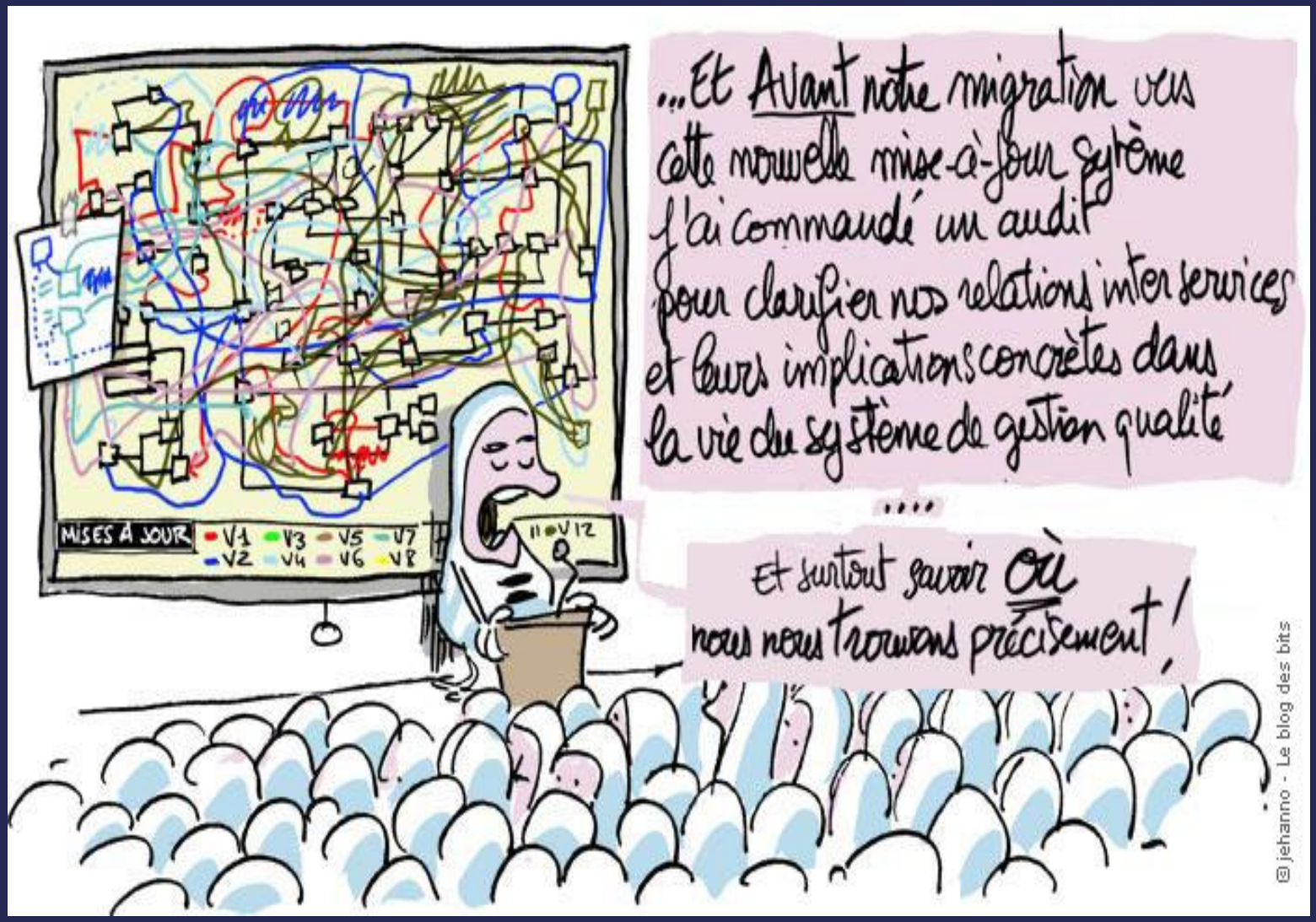
Guthrie B et al. BMJ 2012;345:bmj.e6341

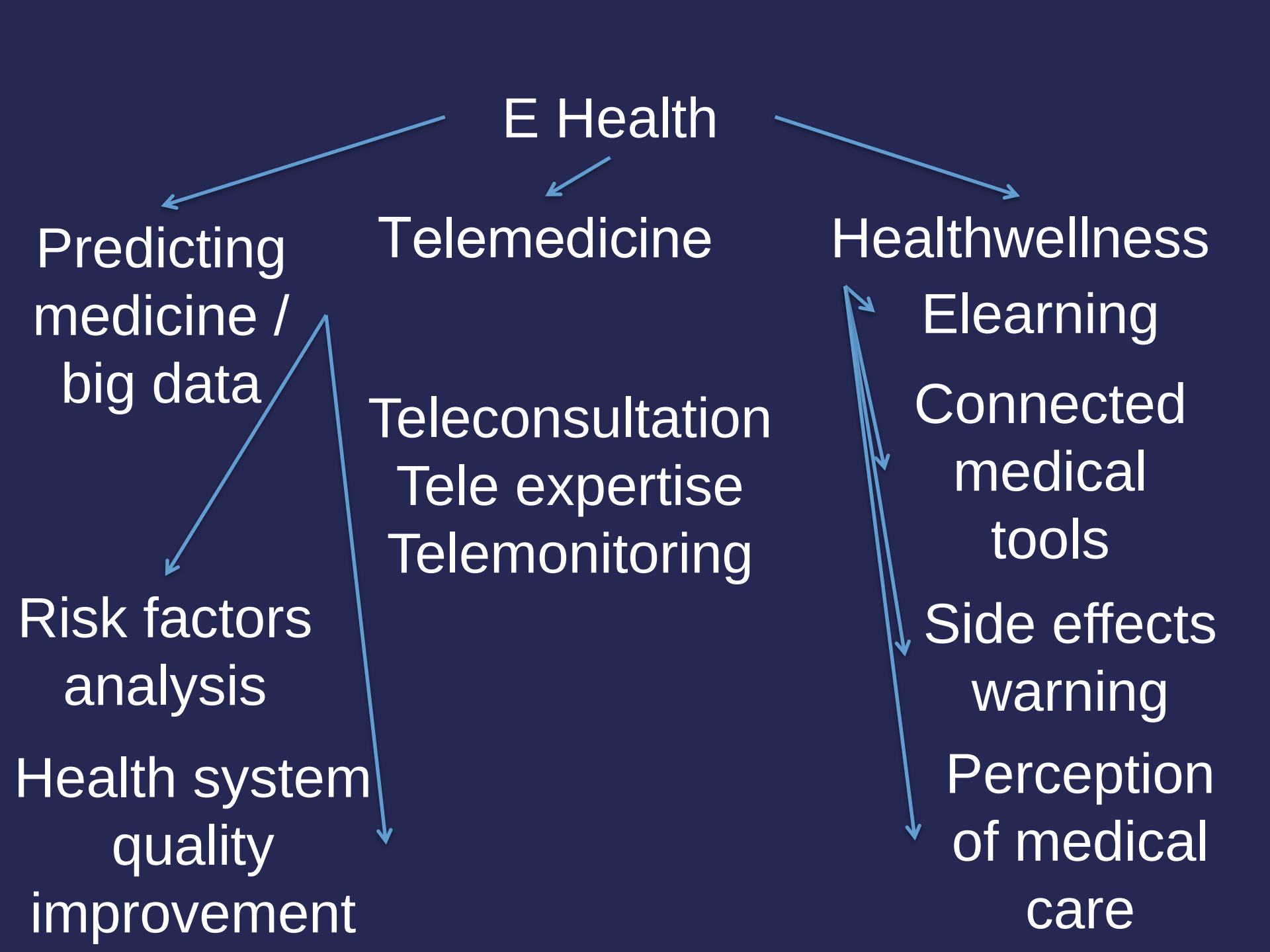
Le système de santé change



Source: NHS England 2017a

Ou en est on ?


...Et Avant notre migration vers cette nouvelle mise-à-jour système j'ai commandé un audit pour clarifier nos relations inter services et leurs implications concrètes dans la vie du système de gestion qualité
....
Et surtout savoir où nous nous trouvons précisément !
MISES À JOUR
V1 V2 V3 V4 V5 V6 V7 V8
11 V12
© jehanno - Le blog des bits


E Health
Predicting medicine / big data
Telemedicine
Healthwellness
Elearning
Teleconsultation
Tele expertise
Telemonitoring
Connected medical tools
Risk factors analysis
Side effects warning
Health system quality improvement
Perception of medical care

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/ etudes/ alertes

Seuls 5 types d'actes sont reconnus comme étant de la télémédecine !!!

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.

Décret de télémédecine 2013/2018

Téléconsultation ?

La téléconsultation:
Pediatrics examination during epidemic flu (from GP trust)

Virtual rehabilitation

Virtual Cardiac Rehabilitation Program

Delivering cardiac rehabilitation programming via the Internet

Thursday, February 12, 2009 — Online Cardiac Rehabilitation Program

Welcome, Jane Smith!

Help | Log Out

My Program > **Heart Rate & Blood Pressure Form**

Heart Rate & Blood Pressure Measurements

	Before Exercise	After Exercise
Heart Rate	85	145
Blood Pressure	122 / 84	146 / 88
Blood Sugar		
Weight	lbs	0 kg
Date	Select date of measurements:	

Jan — February 2009 — Mar

Sun	Mon	Tue	Wed	Thu	Fri	Sat
25	26	27	28	29	30	31
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
1	2	3	4	5	6	7

Legend
- Selected Date
- Current Date

Submit

Show My Progress

Click here to see a report that shows a chart of your progress so far.

The Virtual Cardiac Rehabilitation Program (vCRP) uses an online interface to mimic the existing outpatient cardiac rehabilitation programs currently in use at hospitals across BC. As a result of the success of the vCRP trial, British Columbia's Fraser Health Authority is collaborating with our research team to implement the program alongside existing hospital-based cardiac rehabilitation programs (CRPs) in the region (**see below**).

Accès au spécialiste: téléexpertise

La téle expertise:
permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels

Téléassistance ?

La télésurveillance

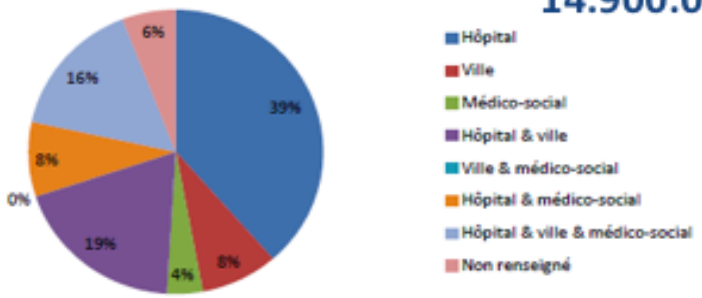
La télésurveillance médicale:
permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance des données

40 millions d'euros par an … et alors ?

FIR 2014

Types d'acteurs impliqués dans les projets financés

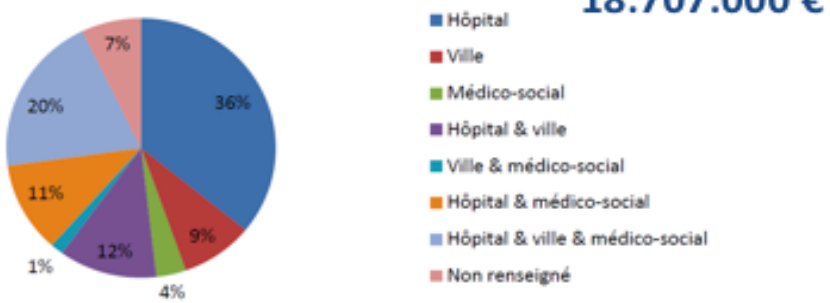
153 projets
14.900.000 €



FIR 2015

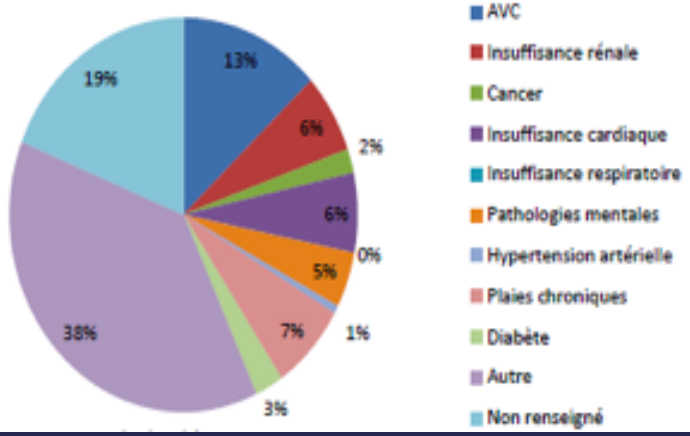
Types d'acteurs impliqués dans les projets financés

195 projets
18.707.000 €



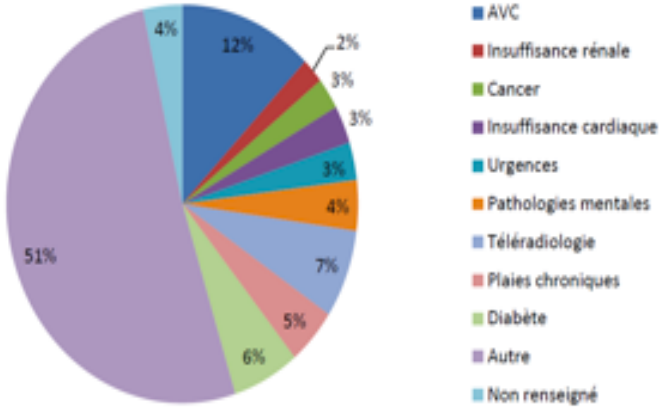
FIR 2014

Objet des projets financés



FIR 2015

Objet des projets financés



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

ETAPES : TELECONSULTATION

Depuis le 12 septembre 2018

- Tout médecin peut proposer une téléconsultation a son patient dans le cadre d'un parcours de soin coordonné par le MG avec le même paiement que pour une consultation usuelle présentielle . Les médecins secteur 2 peuvent faire des dépassements
- Nécessité:
- D'une liaison video avec le patient (ce peut être de chez lui a partir d'un site sécurisé par exemple
- D'une sécurisation des données médicales
- Sont exclus:
- Consultations complexes
- Avis ponctuel de consultant …
- Et cs de cardio et de vasculaire !!!!!

DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

ETAPES : TELEEXPERTISE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Professionnels éligibles (TLE) 1/2

- Le professionnel de santé médical requis doit être sollicité en raison de sa spécialisation, de sa formation, de ses diplômes ou, à défaut, de son expérience clinique
- Il devra **au préalable être désigné nominativement comme professionnel de santé médical requis (expert)** dans le cadre d'une lettre d'engagement qu'il co-signera avec le professionnel médical requérant
- **Chaque professionnel médical requis doit signer une lettre d'engagement dans la TLE avec au moins 5 et au plus 20 professionnels de santé médicaux requérants**
- Chaque lettre d'engagement doit être transmise à l'ARS

- La réception des données transmises par le médecin s'effectue en utilisant la **Messagerie Sécurisée de Santé** (MS Santé) [ou son équivalent]. Cette messagerie assure l'authentification des utilisateurs ainsi que la confidentialité et l'intégrité des données. La messagerie MS Santé est accessible sur : http://www.mssante.fr
  - **1) Vous activez votre compte de messagerie [ou son équivalent]**
    - Si vous ne disposez pas de compte, créez-le en ligne avec votre carte CPS
  - **2) Vous réceptionnez le mail du médecin requérant**
    - Avec des **données cliniques numérisées si fournies par le médecin requérant (en pièce jointe)**
    - des **données administratives** du patient, c'est-à-dire :
      - nom, prénom
      - date de naissance
      - rang de naissance
      - organisme d'affiliation(9 caractères)
      - numéro d'immatriculation de l'assuré (avec clé)

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Tarification (TLE)

- Rémunération forfaitaire l'année N+1 au regard de l'activité déclarée lors de l'année N
- **40 €** par an (année civile) et par patient pour chaque professionnel quel que soit le nombre de TLE effectuées par le médecin requis pour ce même patient
- Une **limite de 100 patients** pris en charge par TLE, par an (année civile) et par médecin est fixée mais en pratique pas contraignante
- Les rémunérations sont effectives pour les établissements au titre des consultations externes
- Il n'y a aucune rémunération pour le médecin requérant dans ce cadre

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

ETAPES : TELESURVEILLANCE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

5 cahiers des charges télésurveillance thématiques

	Date de publication
❖ Insuffisance cardiaque chronique ❖ Insuffisance rénale chronique ❖ Insuffisance respiratoire	Décembre 16
❖ Diabète ❖ Patients porteurs d'un défibrillateur automatique implantable	2017-2018

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Eléments 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
  - Incentive

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Missions des acteurs impliqués (TLS) (1)

- **Inclusion et télésurveillance médicale :**
  - Prestation de télésurveillance : **obligatoirement** une prescription médicale :
    - d'une télésurveillance médicale
    - de la fourniture d'une solution technique
    - d'une prestation d'accompagnement thérapeutique
  - Toute prestation incomplète : pas de rémunération
  - Un codage de l'acte de télésurveillance :
    - effectué par le médecin réalisant la télésurveillance (identification par le SNIIRAM)
    - préalable à toute rémunération de chacun des acteurs de l'expérimentation
  - Six mois après l'inclusion du patient :
    - vérification de la présence des critères d'inclusion et d'aucun critère d'exclusion
    - nouvelle prescription de télésurveillance

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Missions des acteurs impliqués

- **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 validation d'un programme 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

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Périmètre TLS

- Il concerne la prise en charge par TLS de :
  - Patients **en ALD**, se situant **en structure médico-sociale ou à leur domicile**
  - Patients <u>non éligibles</u> :
    - 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

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

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)

Solution technique

- **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

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Tarification (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
  - Cette rémunération supplémentaire est plafonnée

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

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	

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Rémunération insuffisance cardiaque chronique

étapes télémédecine

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 Année N 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 Année N par la CNAMTS	**110€/semestre /patient** +	**60€/semestre /patient** +	**300€/semestre /patient** +
		Prime variable : versée en Année N+1 par la CNAMTS	**15%** x (X – 20) x [(Coût total Année N-1) – (Coût total Année N)] Divisé par le nombre de professionnels de santé effectuant la télésurveillance et le nombre de patients télésurveillés	**5%** x (X – 20) x [(Coût total Année N-1) – (Coût total Année N)] Divisé par le nombre de professionnels de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique et le nombre de patients télésurveillés	**30%** x (X – 20) x [(Coût total Année N-1) – (Coût total Année N)] Divisé par le nombre de patients appareillés par ce fournisseur

Prime … atient

et 300 euros/solution industrielle/an/patient

Et bien sur il y à un cahier des charges diabète ….

Pour les cliniciens

Des démarches minimalistes

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

étapes télémédecine

Ministère des Solidarités et de la Santé

Rechercher

Actualités | Grands dossiers | Ministère | Métiers et concours | Professionnels | Études et statistiques

Affaires sociales | Prévention en santé | Santé et environnement | Soins et maladies | Système de santé et médico-social

Accueil > Soins et maladies > Prises en charge spécialisées > Télémédecine > **La télémédecine**

La télémédecine

mise à jour : **30.11.17**

Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux | Organisation des soins

A+ A-

La télémédecine est une composante de la télésanté. Selon le code de santé publique (art. L.6316-1), elle est « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. »

télémédecine

Elle ne se substitue pas aux pratiques médicales actuelles mais constitue une réponse aux défis auxquels est confrontée l'offre de soins aujourd'hui. La télémédecine doit reposer sur un projet médical répondant à des priorités et aux besoins de la population d'un territoire et des professionnels de santé. C'est en ce sens qu'elle s'intègre au sein d'un parcours de soins.

Dans cette rubrique

- ÉTAPES : expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé
- Les textes de référence

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

ÉTAPES : expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé

mise à jour : **09.01.18**

Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux | Organisation des soins

A+ A-

Le programme ETAPES - Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé - a pour objectif de développer les activités de télémédecine.

Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé (ETAPES)

De nombreux pays mettent en œuvre des expérimentations mais très peu ont réellement étudié le déploiement en « vie réelle » de la télémédecine.

Le programme ETAPES (Expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) a pour objectif de développer les activités de télémédecine, de définir un cadre juridique dans lesquelles elles peuvent évoluer et de fixer une tarification préfiguratrice des actes permettant aux professionnels de santé de développer des projets cohérents et pertinents, en réponse aux besoins de santé et à l'offre de soins régionale.

Dans son article 91, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 apporte un certain nombre de modifications au périmètre de l'expérimentation afin de développer et accélérer son déploiement :

- extension à l'ensemble des régions le périmètre géographique de l'expérimentation pour tous les cahiers des charges parus ou à paraître
- prorogation d'un an du dispositif expérimental (jusqu'en décembre 2018)

Dans cette rubrique

- La télémédecine
- Les textes de référence

Documents

- **Formulaire de déclaration d'activité de télémédecine** Téléchargement (116 ko)
- **Lettre d'engagement dans le cas de la téléexpertise** Téléchargement (151.4 ko)

Les cahiers des charges

- **Cahier des charges « téléconsultation ou télexpertise »** Téléchargement (13 Mo)
- **Cahier des charges « télésurveillance »** Téléchargement (1.5 Mo)

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'OFFRE DE SOINS

Formulaire de déclaration d'activité de télémédecine

A adresser à l'Agence Régionale de Santé compétente

Expérimentations relatives à la télémédecine mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014

Procédure de déclaration

1- Inscription dans ? (plateforme de télémédecine propre à chaque ARS)

2- Selon mode de signature possible :

- dématérialisée
- Si dématérialisation Impossible: édition PDF, signature puis envoi à l'ARS, procédure de vérification à mettre en œuvre.

Réservé à l'ARS
Déclaration reçue le Transmise CPAM le :

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

pes
édecine

I) Dans le cadre d'une activité de téléconsultation ou de téléexpertise :

1 – Mise en œuvre

a) Exercice libéral :

Identité du professionnel effectuant l'acte (appelé professionnel requis) :
Madame/Monsieur Prénom…… / Nom……
Profession : ……..
Spécialité médicale :……
(selon diplôme et inscription au tableau de l'ordre des médecins)
Ou
Pour les professionnels de santé agissant dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé au titre de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009, indiquer :

- Le numéro de protocole de coopération : ……
- La date de notification, adressée par l'ARS, de votre adhésion à ce protocole : JJ/MM/AAAA……

Adresse complète du cabinet ou MSP ou établissement de santé privé ou établissement public de santé (en cas d'activité libérale) :……..
……
Lieu d'exercice de la télémédecine : ……..
N° RPPS *(ou n°ADELI si pas d'inscription au RPPS)* :
……
N° CPAM de rattachement : ……..

b) Professionnel(s) de santé salarié(s) exerçant au sein d'un établissement de santé ou d'un centre de santé :
Partie à compléter par l'établissement de santé

Identité de la structure :……
Adresse : ……
……
N° FINESS : ……
(pour les établissements publics ou ESPIC indiquer le n° juridique, pour les établissements privés à but lucratif indiquer le n° géographique)
Pour les professionnels de santé agissant dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé au titre de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009, indiquer le numéro de protocole de coopération : ……

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

II) Dans le cadre d'une activité de télésurveillance :

1 – Télésurveillance :

a) Exercice libéral :

Identité du professionnel effectuant l'acte (appelé professionnel requis) :
Madame/Monsieur Prénom…… / Nom……
Profession : ……
Spécialité médicale :……
(selon diplôme et inscription au tableau de l'ordre des médecins)
Ou
Pour les professionnels de santé agissant dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé au titre de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009, indiquer :

- Le numéro de protocole de coopération : ……
- La date de notification, adressée par l'ARS, de votre adhésion à ce protocole :

JJ/MM/AAAA……
Adresse complète du cabinet ou MSP ou établissement de santé privé ou établissement public de santé (en cas d'activité libérale) :……
……
Lieu d'exercice de la télémédecine : ……
N° RPPS (ou n°ADELI si pas d'inscription au RPPS) :
……
N° CPAM de rattachement : ……

b) Professionnel(s) de santé salarié(s) exerçant au sein d'un établissement de santé ou d'un centre de santé :

Partie à compléter par l'établissement de santé

Identité de la structure :……
Adresse : ……
……
N° FINESS : ……
(pour les établissements publics ou ESPIC indiquer le n° juridique, pour les établissements privés à but lucratif indiquer le n° géographique)
Pour les professionnels de santé agissant dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé au titre de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009, indiquer le numéro de protocole de coopération : ……

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

DI
GE
DE
DE

3 – Solution technique utilisée pour la réalisation des expérimentations :

Nom de la solution technique : ……
Nom du fournisseur : ……
Siège social : ……
Numéro SIRET : ……
(si le fournisseur de la solution technique est un établissement de santé, indiquer son n° FINESS)

2 - Accompagnement thérapeutique :

a) Exercice libéral :

Identité du professionnel effectuant l'accompagnement :
Madame/Monsieur Prénom…… / Nom……
Profession : ……
Adresse complète du cabinet ou MSP ou établissement de santé privé ou établissement public de santé (en cas d'activité libérale) :……
……
N° RPPS (ou n°ADELI si pas d'inscription au RPPS) :
……

b) Professionnel(s) de santé salarié(s) exerçant au sein d'un établissement de santé ou d'un centre de santé :
Partie à compléter par l'établissement de santé

Identité de la structure :……
Adresse : ……
……
N° FINESS : ……
(pour les établissements publics ou ESPIC indiquer le n° juridique, pour les établissements privés à but lucratif indiquer le n° géographique)
Pour les professionnels de santé agissant dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé au titre de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009, indiquer le numéro de protocole de coopération : ……

En complément

- Choisir votre solution
- Choisir votre partenaire … educatif
- Telecharger consentement du patient (site de votre ARS ou bien fourni par l'industriel). A faire signer et a archiver (attention aux personnes âgées sous tutelles…)
- Envoyer une lettre pour informer votre assureur que vous faites des actes de télémédecine.
- Renvoyer votre déclaration a votre ARS qui fera suivre (si vous voulez utiliser plusieurs systèmes envoyez plusieurs attestations)

C’est à nous d’écrire aujourd’hui la médecine de demain.

Télémédecine en cardiologie où en est on ?

Pr P Jourdain

Service de Cardiologie CHU Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre

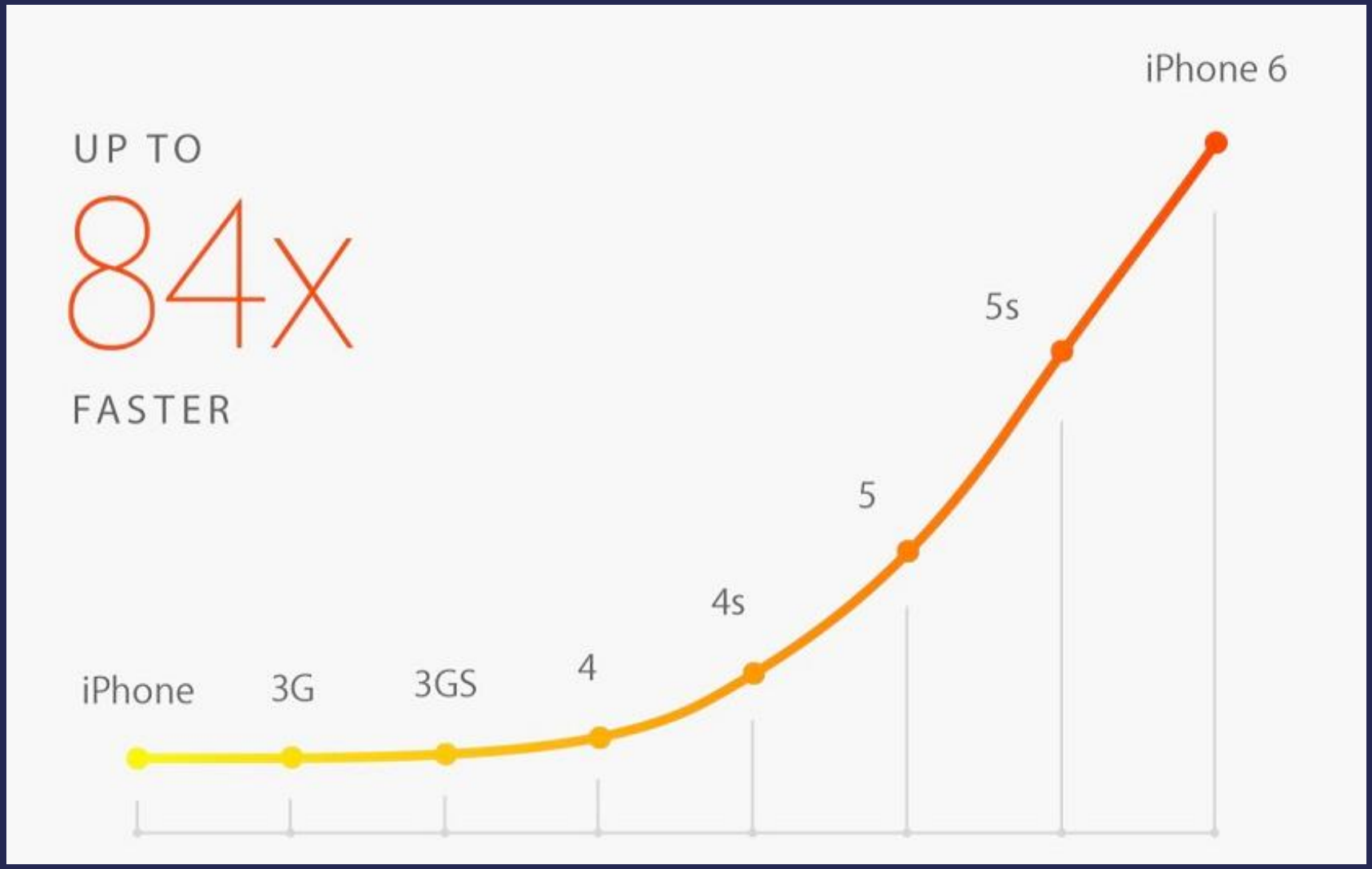
UNIVERSITÉ PARIS SUD | FACULTÉ DE MÉDECINE

université PARIS-SACLAY

Disclosures

Honorarium from: Alere, Servier,Novartis, Daichi, Roche, Boston, Medtronic, Air liquide, Saint Jude médical, Abbott

Technology is changing faster than medical therapy



JAN 2017

ANNUAL GROWTH

YEAR-ON-YEAR CHANGE IN KEY STATISTICAL INDICATORS

INTERNET USERS	ACTIVE SOCIAL MEDIA USERS	UNIQUE MOBILE USERS	ACTIVE MOBILE SOCIAL USERS
+10%	+21%	+5%	+30%
SINCE JAN 2016	SINCE JAN 2016	SINCE FEB 2016	SINCE JAN 2016
+354 MILLION	+482 MILLION	+222 MILLION	+581 MILLION

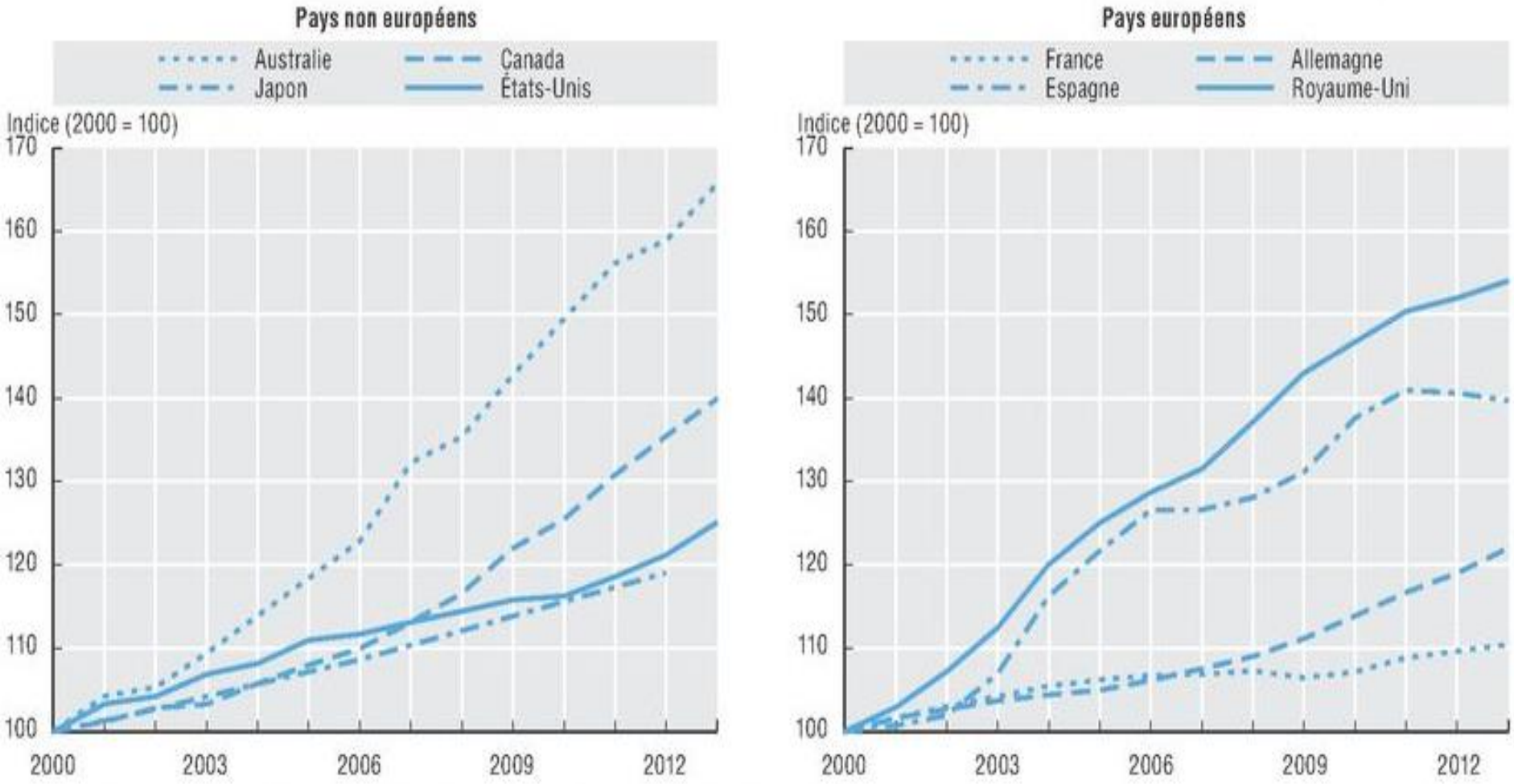
Hootsuite

we are social

Processus d’intégration d’un dispositif médical de parcours dans les soins courants ??

On analyse les données concernant un concept (besoins, faisabilité, technicité, écosystème)

5.2. Evolution du nombre de médecins, quelques pays de l'OCDE, 2000 à 2013 (ou année la plus proche)



ource : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015, http://dx.doi.org/10.1787/health-data-fr.

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

What is Telemedicine?

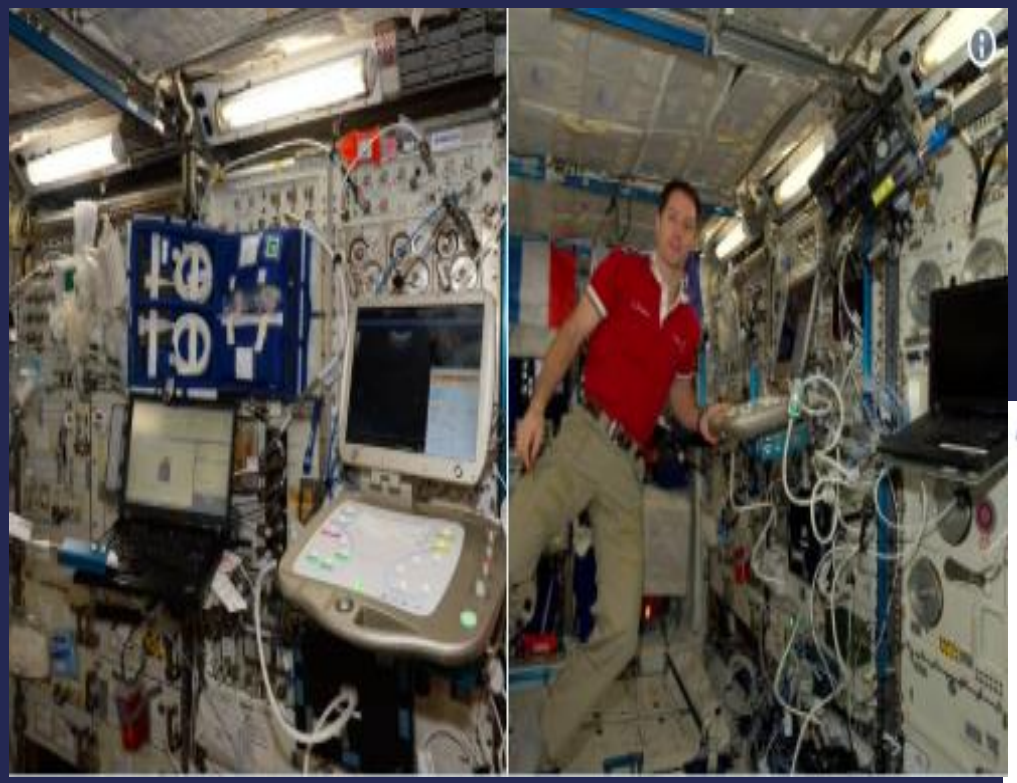
. . . the use of electronic information and communications technologies to provide and support health care when distance separates the participants.

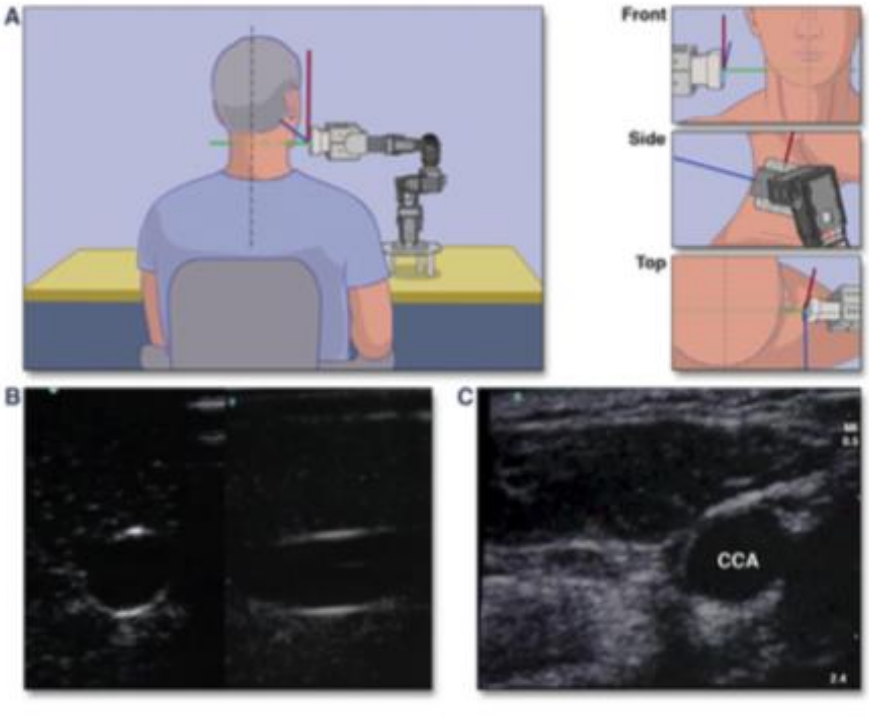
Institute of Medicine, 1996

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

Decret de télémédecine 2013/2018

No real technological limits





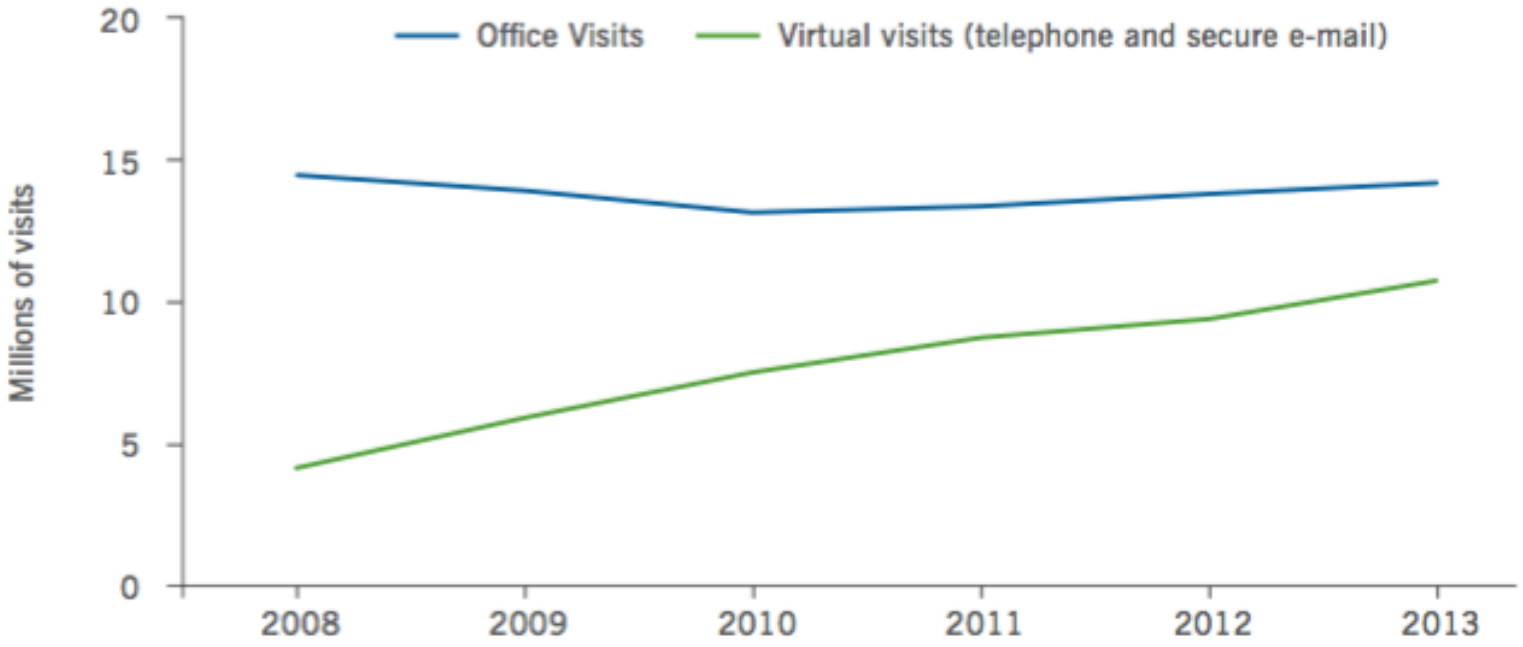
Echocardiography and vessels echography in the international space station

Prise en charge de l'AVC

Est-ce que la TLM ca marche ?!

Telehealth and every day practice

Chart 5: In-Person and Virtual Patient-Physician Visits, Kaiser Permanente Northern California, 2008–13

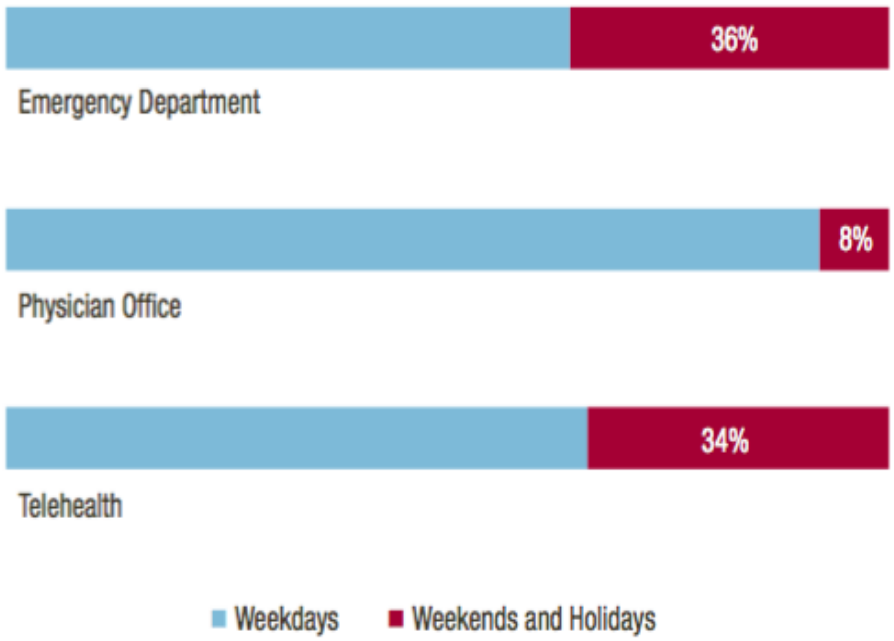


Source: Internal data from Kaiser Permanente Northern California. Note: Virtual visits are encounters via telephone or secure e-mail; they do not include video visits. aEstimated values based on data for the first three quarters of the year.

Trendwatch AHA janvier 2015

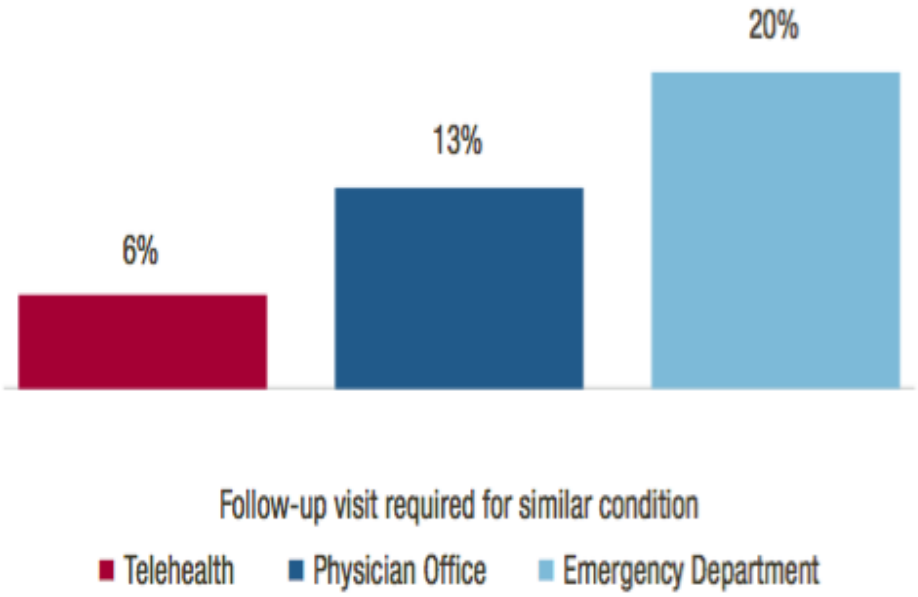
Impact on organization of healthcare

Chart 2: Timing of telehealth, physician office and emergency department visits, April 2012 – February 2013



Source: Uscher-Pines, Lori, et al. *Analysis of Teledoc Use Seems to Indicate Access to Care for Patients without Prior Connection to a Provider.* Health Affairs. 33:12 (2014).

Chart 1: Percentage of telehealth, physician office and emergency department visits where follow-up is required for similar condition, April 2012 - February 2013



Source: Uscher-Pines, Lori, et al. *Analysis of Teledoc Use Seems to Indicate Access to Care for Patients without Prior Connection to a Provider.* Health Affairs. 33:12 (2014).

American Hospital Association
800 10th Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20001-4956
202.638.1100 • *www.aha.org*

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

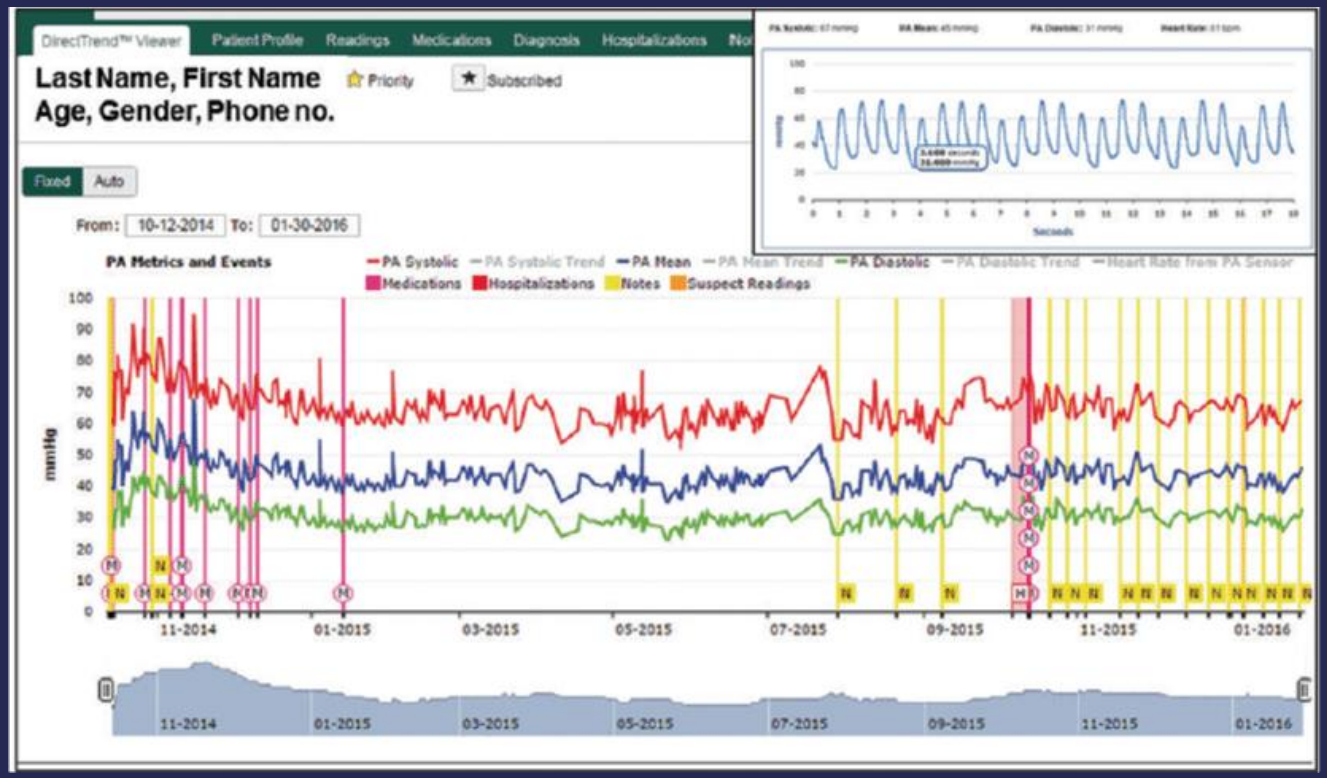
William T Abraham, Philip B Adamson, Robert C Bourge, Mark F Aaron, Maria Rosa Costanzo, Lynne W Stevenson, Warren Strickland, Suresh Neelagaru, Nirav Raval, Steven Krueger, Stanislav Weiner, David Shavelle, Bradley Jeffries, Jay S Yadav, for the CHAMPION Trial Study Group*

Lancet 2011; 377: 658-66
Published Online February 10, 2011
DOI:10.1016/S0140-

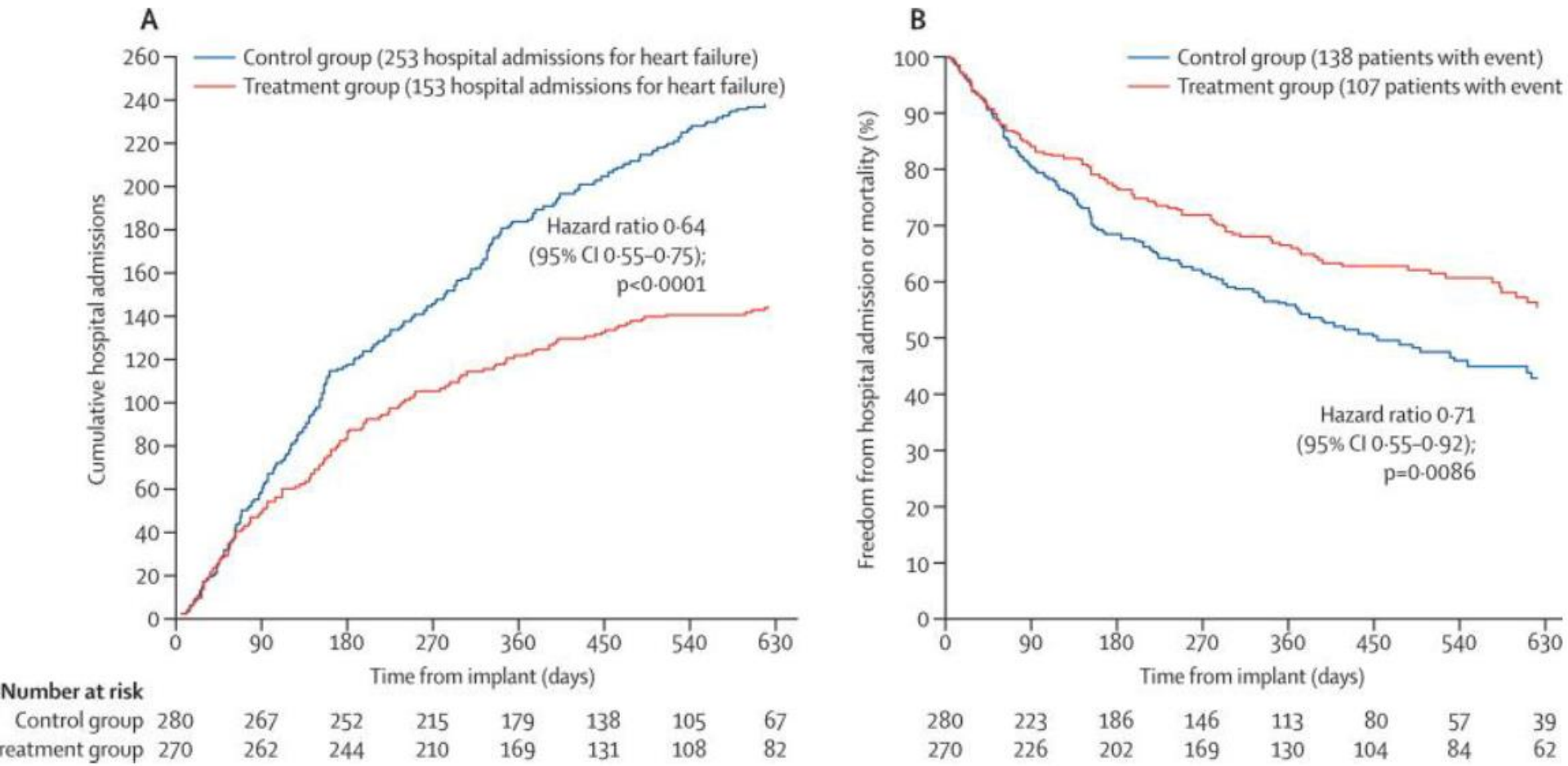
Summary
Background Results of previous studies support the hypothesis that implantable haemodynamic monitoring systems might reduce rates of hospitalisation in patients with heart failure. We undertook a single-blind trial to assess this approach.

- **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)

Cardiomems


DirectTrend™ Viewer
Patient Profile
Readings
Medications
Diagnosis
Hospitalizations
Last Name, First Name
Age, Gender, Phone no.
Priority
Subscribed
Fixed
Auto
From: 10-12-2014
To: 01-30-2016
PA Metrics and Events
PA Systolic
PA Systolic Trend
PA Mean
PA Mean Trend
PA Diastolic
PA Diastolic Trend
Heart Rate from PA Sensor
Medications
Hospitalizations
Notes
Suspect Readings
mmHg
11-2014
01-2015
03-2015
05-2015
07-2015
09-2015
11-2015
01-2016

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

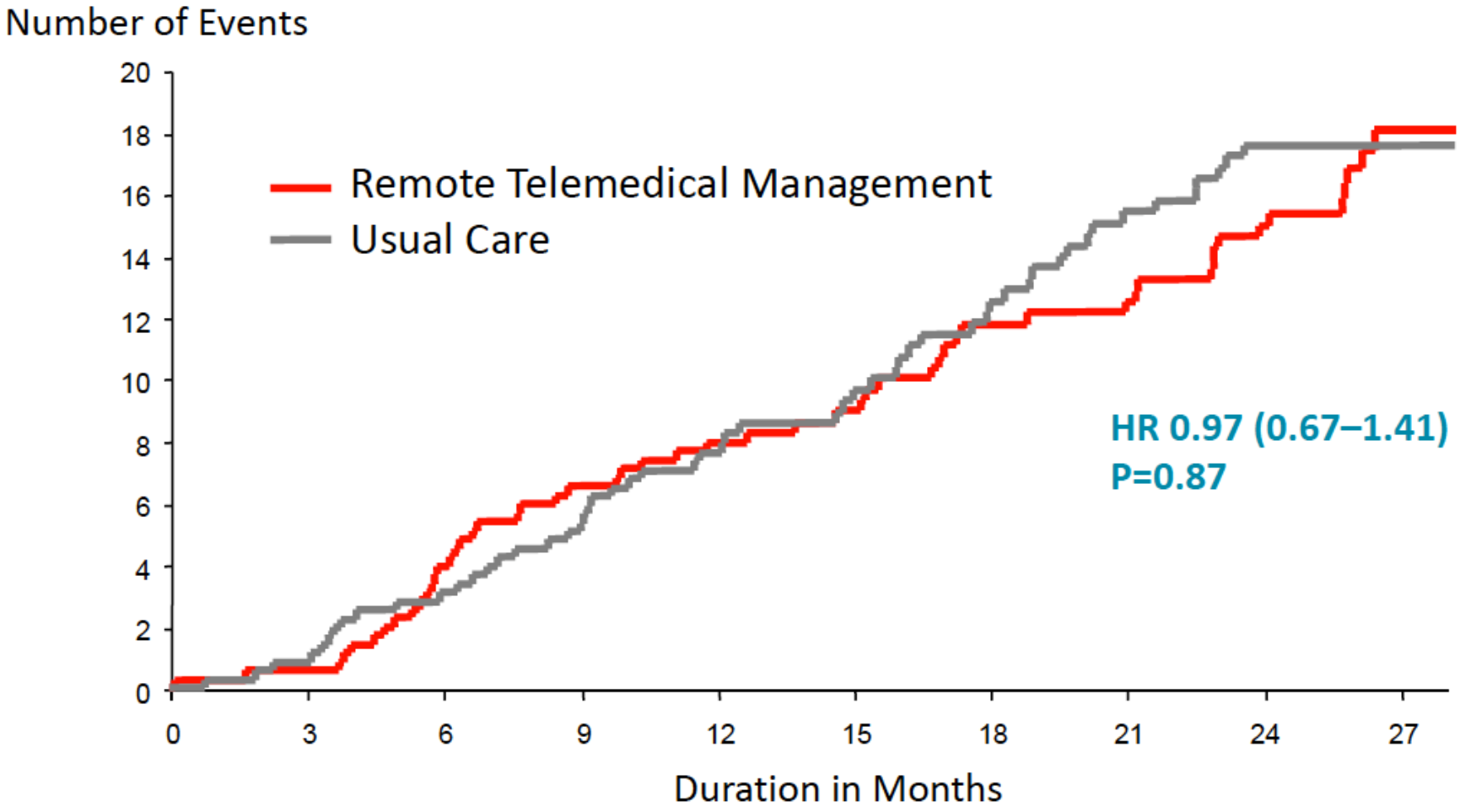
Circulation published online Mar 28, 2011;

- **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)

partnership for the heart

Koehler F. et al. Eur J Heart Fail

Primary Endpoint: Total Mortality



Koehler F., et al. Circulation. 2011;

Conclusion: TIM-HF

In *stable* ambulatory HF Patients Remote Telemedical Management does not reduce:

- All-cause Mortality

Subgroup Analysis of patients who may benefit with the need for further investigation:

- with prior HF hospitalization < 12 months
- without depression (PHQ < 10)
- without very low LVEF (≥25%)

Remote Telemedical Management:

- not suited for all HF patients
- possible "Bridge to Stability" in unstable HF patients
- need for further clinical trials in pre-defined patient subgroup (TIM-HF II)

Et effectivement….

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

	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**

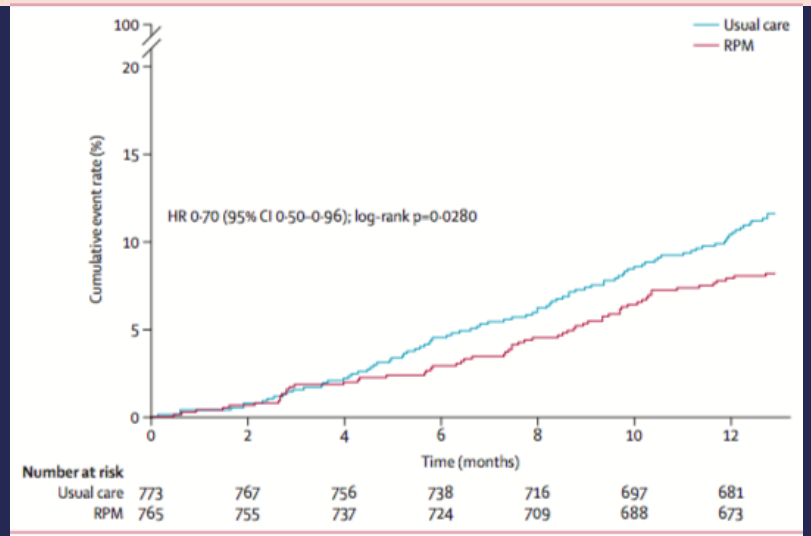


Figure 2: Kaplan-Meier cumulative event curve for all-cause death

Lancet 2018; 392: 1047-57

Et la France dans tout cela ?

ETAPES
Insuffisance cardiaque:
AVEC FORMATION

ETAPES
Patients implantés:
SANS FORMATION

Auvergne: Cardiauvergne: Formation IN SITU

- 558 patients 2012-2015
- Telemonitoring + coordination of care Weight
- Transmission to a webapplication and to nurse smartphone. In case of warning GP or nurse could go to patient home.
- Connection with biochemistry
- Nurse/ cardiologists 24:24
- Evaluation through cohort analysis.

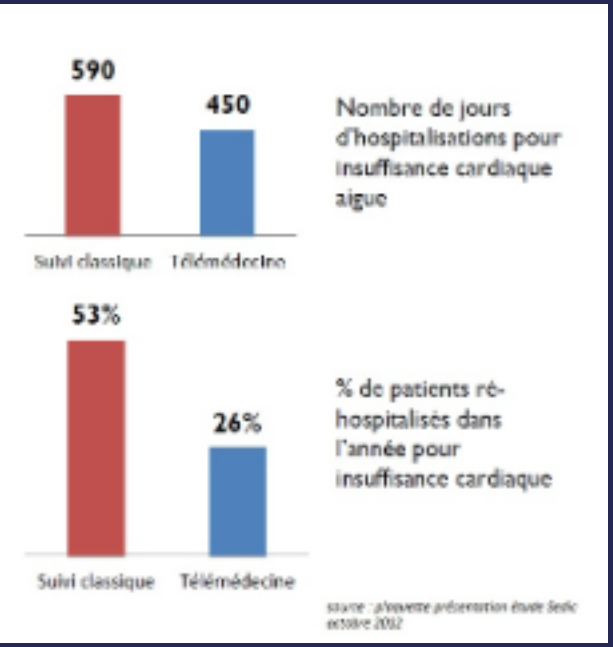
Normandy: SCAD: Formation semi-automatisée à distance

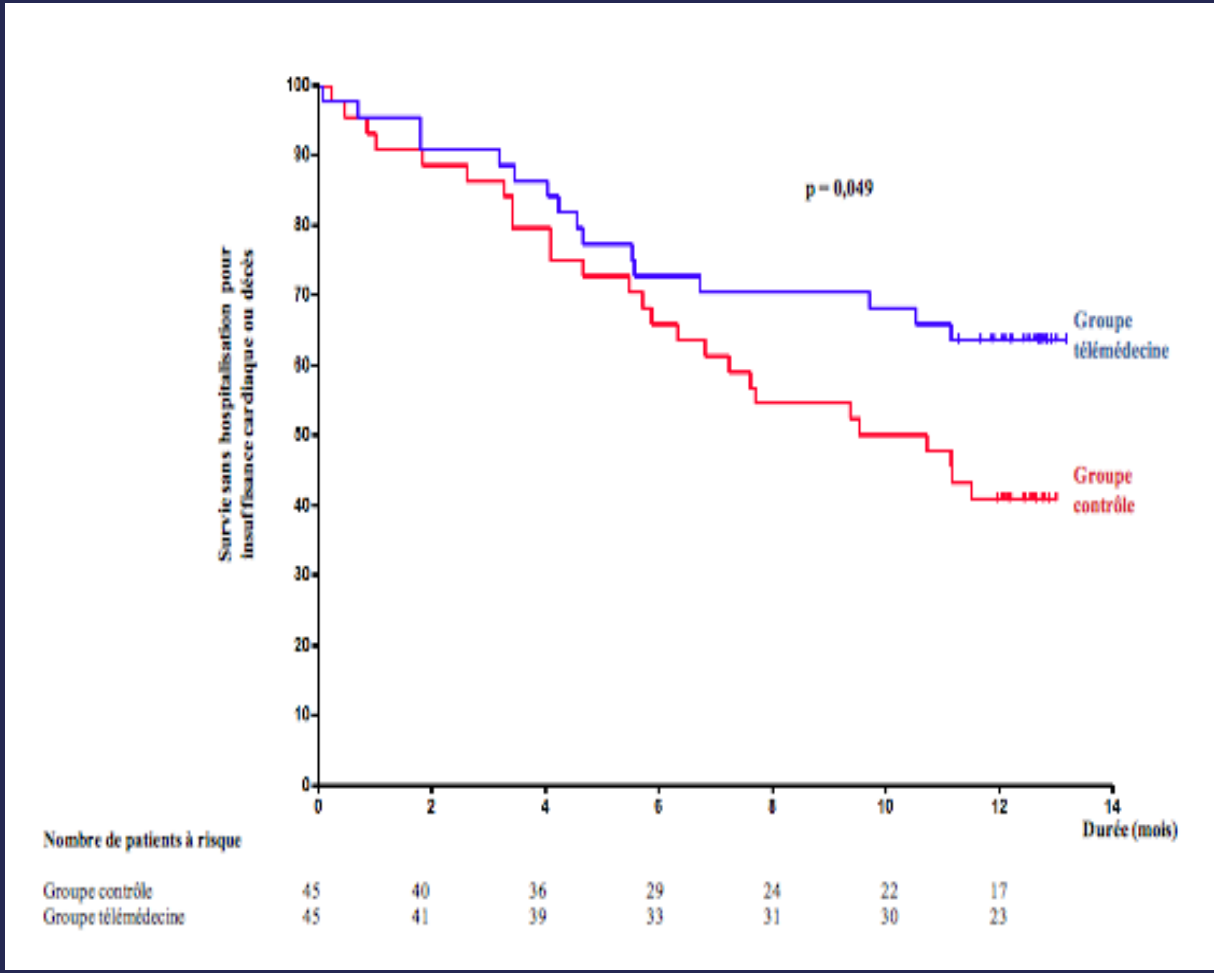
- Based on a specific web module with a specific hardware at patient’s home.
- Every day , the patient integrate is the software his weight, symptoms etc.. And received sepcific messages about therapeutic education.
- The nursesin each hospital received some alterts and could contact the patient and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

NEW IT
HEALTHCARE

Banquette
CONTINUER

Preliminary results

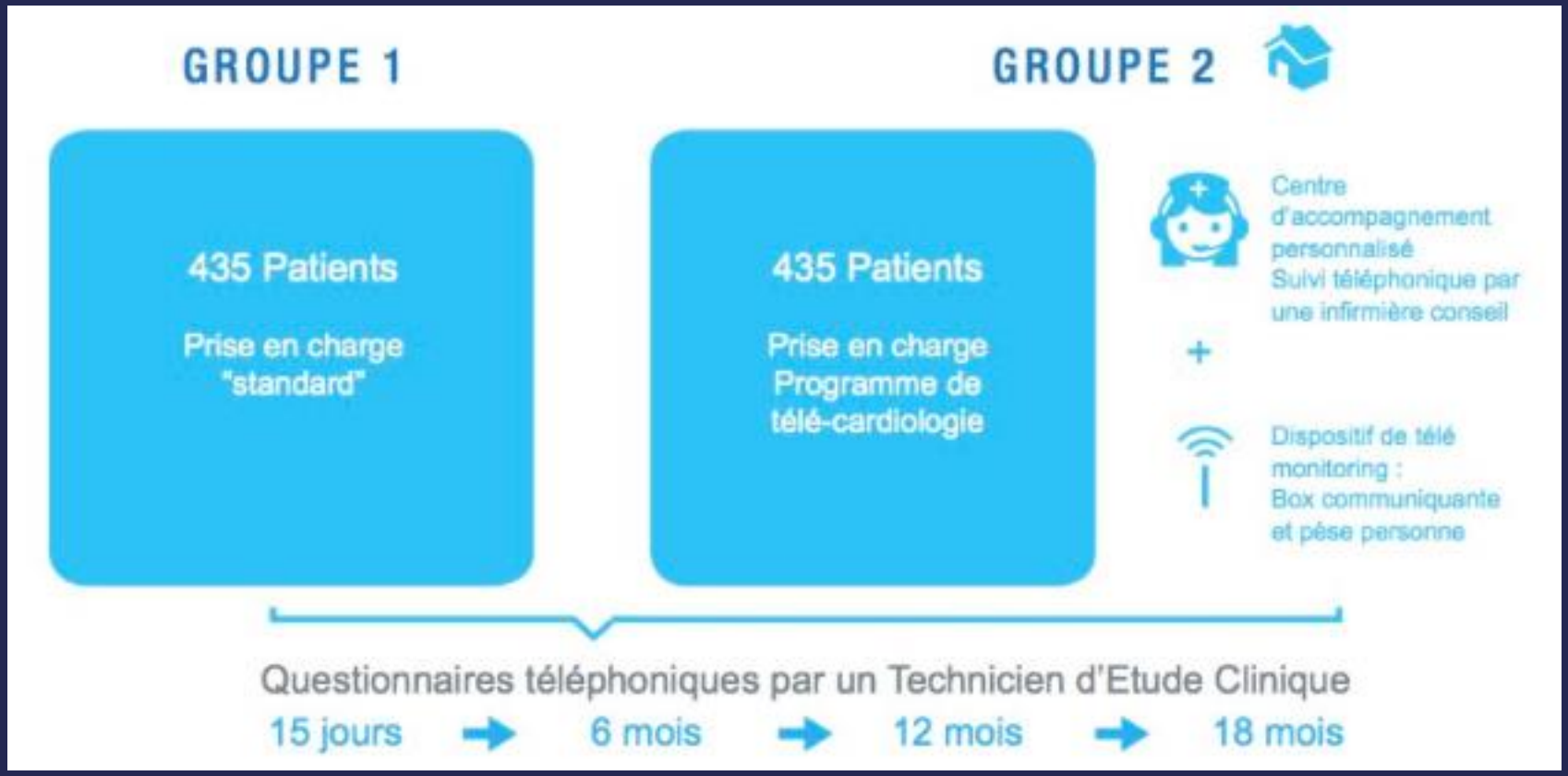




www.apric.fr

Osicat: Air liquide: Formation déportée

- weight / symptoms telemonitoring
- Nationwide survey



Inclusion de 330 patients insuffisants cardiaques par différentes catégories de Professionnels et tests d'évaluation de l'état cognitif du patient

Randomisation

Bras 1 (110 patients)
Prise en charge habituelle :
Visite chez le cardiologue tous les 3 mois

Bras 2 (110 patients)
Télémonitoring encadré avec prise en charge habituelle

Dispositifs médicaux au domicile (tensiomètre; pèse-personne, box communicante)

Bras 3 (110 patients)
Suivi interactif avec télémonitoring encadré et prise en charge habituelle

Dispositifs médicaux au domicile (tensiomètre; pèse-personne, box communicante, lecteur BNP)

Plateforme e-santé

Centre de suivi et d'éducation en santé

PIMP9 INSUFFISANCE CARDIAQUE

Patient (and doctors) adhesion is the key

- Individuals with better adherence to monitoring—**defined as greater than 50% of days monitored**—had a significantly lower rate of hospital readmissions at 180 days compared with those who monitored less than half of the study days (41.3% vs 61.1% $P<0.001$)

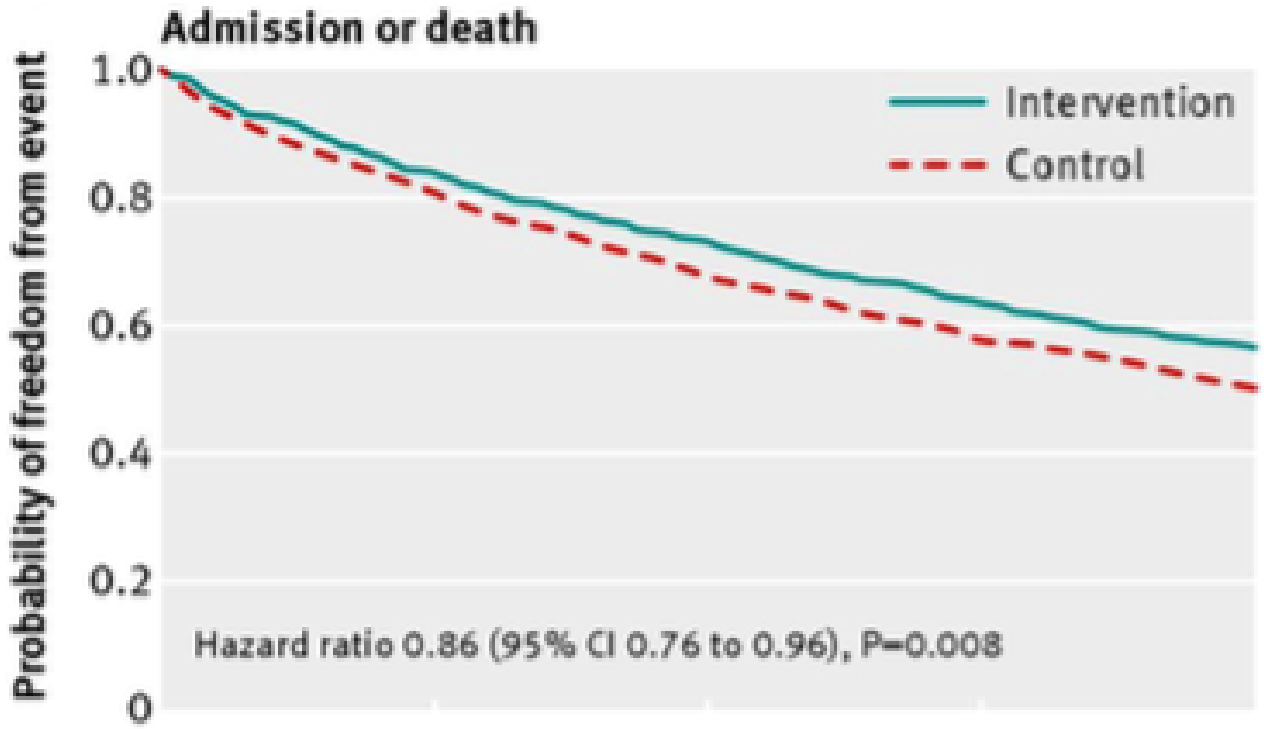
- Mortality at 180 days was significantly lower among heart-failure patients who completed more telephone calls with the nurses (>50% of calls completed) and monitored their risk factors and symptoms more diligently (>50% of days monitored).

Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial

- 238 practices (trusts) to control or intervention groups. Although 59 practices eventually did not supply participants for the trial, sites assessed 15 171 patients for eligibility and sent data sharing consent forms
- Sites recruited 1625 control patients and 1605 intervention patients from 179 general practices with each practice recruiting an average of 18 patients.
- Recruitment started in May 2008 and was planned to finish in September 2009

Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial BMJ 2012;344:e3874

Results



No at risk

Control	1584	1275	1074	917	795
Intervention	1570	1322	1148	1006	886

Effect of telehealth on use of secondary care and mortality: findings from the Whole System Demonstrator cluster randomised trial BMJ 2012;344:e3874

Sur le plan pratique

- La téléconsultation et la télé-expertise sont ou vont rentrées (er) dans le financement de droit commun.
- Ces actes ont un financement pérennisé et négocié régulièrement entre professionnels et CNAM
- L'accompagnement thérapeutique démarre en relais de l'ETP ou permet aux patients d'accéder à une ETP « light »
- Les initiatives proposées dans le cadre des expérimentations issues de l'article 51 permettent de pouvoir changer de paradigme (matériel médical----→ outil au service d'un parcours médical)
- **1163 patients ont déjà fait l'objet d'une facturation par la CNAM en date du 1er juin 2018 plus de 3400 en septembre.**
- **Incrément de 1500 / mois… faites le compte…**

Notre meilleur outil connecté…

La télémédecine n’est rien sans le cerveau du médecin mais a contrario le médecin est limité s’il ne peut percevoir son environnement

GHT Haute-Savoie Pays de Gex

CH ANNECY GENEVOIS

Centre Hospitalier de Rumilly Gabriel DÉPLANTE

CH du Pays de Gex

Symposium: Télémédecine, éducation thérapeutique et relation soignant soigné

En quoi l'utilisation de la télémédecine transforme-t-elle la relation soignant soigné?

Expérience de l'Hôpital CHANGE pour la télésurveillance en diabétologie

AFDET 31/01/2019

Sandrine JUILLIARD Stéphanie CORREIA Sandrine FAVRE

sfavre@ch-annecygenevois.fr

Liens d’intérêts:

Aucun dans le cadre de cette présentation

Plan

- **Contexte**

- **La télésurveillance en pratique**
  - Patients diabétique de type 1 et 2 dans le cadre de ETAPES
  - Patientes avec Diabète gestationnel

- **En quoi la télésurveillance est-elle éducative et a transformé la relation soignant-soigné?**

Notre contexte démographique

- La Haute-Savoie affiche un des taux de croissance annuel 3 fois plus fort que la moyenne nationale

  + 11 000 habitants par an

- Bassin de recrutement du CHANGE en 2016

  environ 500 000 habitants

- Déficit de l'offre de soins en diabétologie pour le territoire

  8 ETP de diabétologue en 2019 ***contre*** **7 ETP en 1996 !!**

Les éléments qui ont favorisé notre développement de la télésurveillance

- Demande des patients et des médecins traitants:
  avoir accès facilement à l'expertise diabetologique
  dont ils besoin quand ils en ont besoin

- Progrès technologiques

- Contexte national de développement de la télémédecine

- Une forte volonté d'équipe

UF de Diabétologie Ambulatoire et Télémédecine (UDAT) créée en 2014

Education Thérapeutique
Télémédecine,
Protocole de coopération

Professionnels tous volontaires et motivés

1,3 ETP médecin
1,5 ETP IDE
0,2 ETP diététicienne
0,2 ETP secrétaire

Dont Temps consacrés à la télésurveillance

0,3 ETP médecin
0,5 ETP IDE

Principes de la plateforme

myDiabby

myDiabby
Dossier patient en ligne

Internet

Internet

Patients

Appli patientes DG

Appli patients DT1-2

Les patients remplissent leurs résultats d'auto-surveillance dans l'application myDiabby au lieu d'un carnet glycémique papier.

Objets connectés

Equipe médicale

Portail professionnels de santé
en ligne

Les professionnels de santé ont la possibilité d'accéder aux données des patients suivis dans le service.

La Télésurveillance pour les patients diabétiques de type 1 et de type 2

Décrets Avril 2017 et Octobre 2018: Télésurveillance diabète (ETAPES)

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 11 octobre 2018 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mises en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018

Les patients <u>éligibles</u> à un projet de télésurveillance sont ceux remplissant les critères ci-dessous :

- Diabétiques de type 1 âgés de plus de 12 ans et moins de 18 ans :

  présentant une HbA1C supérieure ou égale à 8,5% lors de deux mesures réalisées dans un intervalle de 6 mois malgré une mise sous insuline de plus de 6 mois.

  ou lors de la découverte (6 premiers mois) du diabète lorsqu'il existe un risque quant à l'autonomisation du patient

- Diabétiques de type 1 âgés de 18 ans ou plus :
  - lors de la découverte (6 premiers mois) du diabète lorsqu'il existe un risque quant à l'autonomisation du patient;
  - ou lorsqu'il existe un déséquilibre avec une HbA1c supérieure ou égale à 8% lors de deux mesures réalisées dans un intervalle de 6 mois malgré une mise sous insuline de plus de 6 mois.
- Diabétiques de type 2 diagnostiqués depuis plus de 12 mois âgés de 18 ans ou plus chroniquement déséquilibrés, avec une HbA1c supérieure ou égale à 9% lors de deux mesures réalisées dans un intervalle de 6 mois et traités sous insuline (à l'initiation lorsqu'il existe un risque de non autonomisation, ou à distance de l'instauration).

Les modalités de l'expérimentation ETAPES

A

Télésurveillance médicale Hebdomadaire

B

Accompagnement thérapeutique Mensuel

C

Fournisseur de la solution de télésurveillance

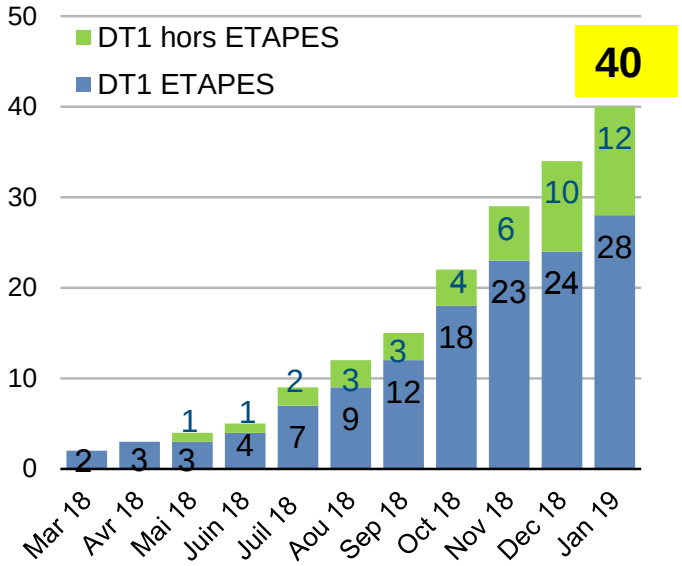
<u>Accompagnement thérapeutique</u>

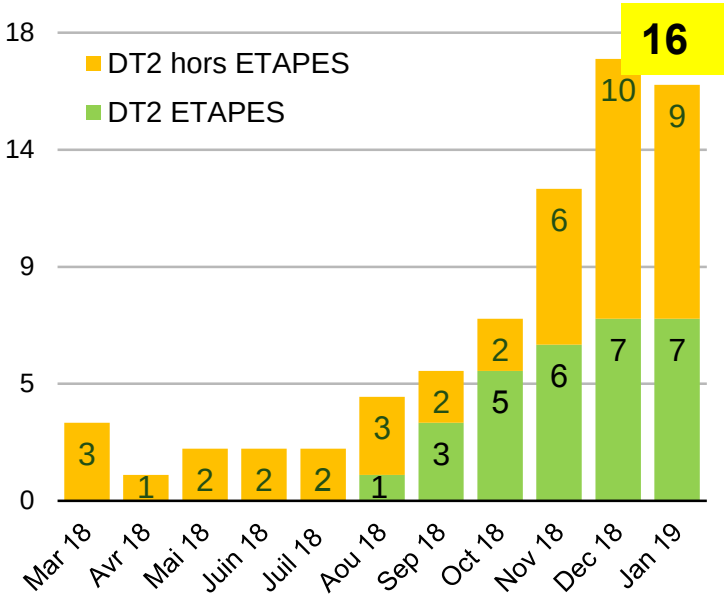
- Professionnel de santé formé à l'ETP
- Présentiel ou à distance
- Séance conforme aux principes de l'Education thérapeutique des patients

Modèle 1	**A**
Modèle 2	**A+ B (Hôpital CHANGE)**
Modèle 3	**A + B + C**

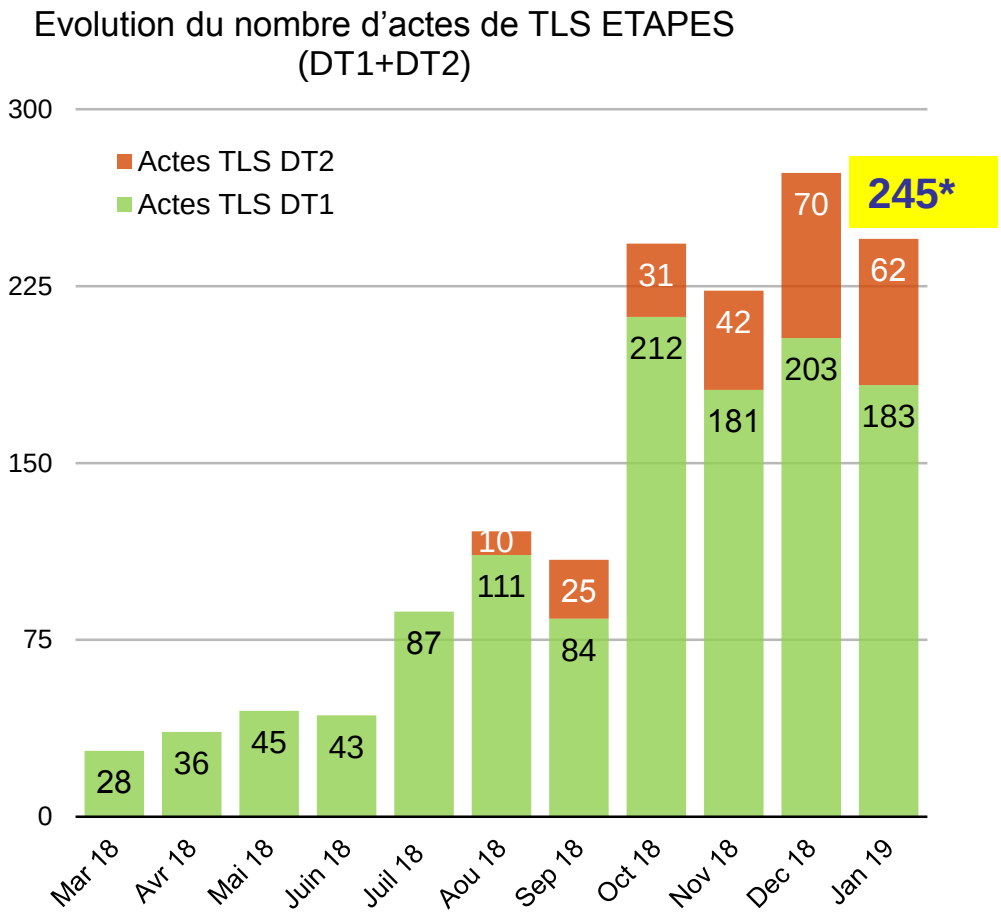
Nombre de patients télé surveillés sur myDiabby

- **8 mars 2018:** 1er patient inscrit dans ETAPES
- **Fin janvier 2019: 35 patients inscrits dans ETAPES/ 56 télésurveillés**
  - 28 patients diabétiques de type 1 /40
  - 7 patients diabétiques de type 2 /16





Nombre d'actes de télésurveillance dans le cadre d'ETAPES



1453 actes réalisés

En moyenne 10 minutes par acte

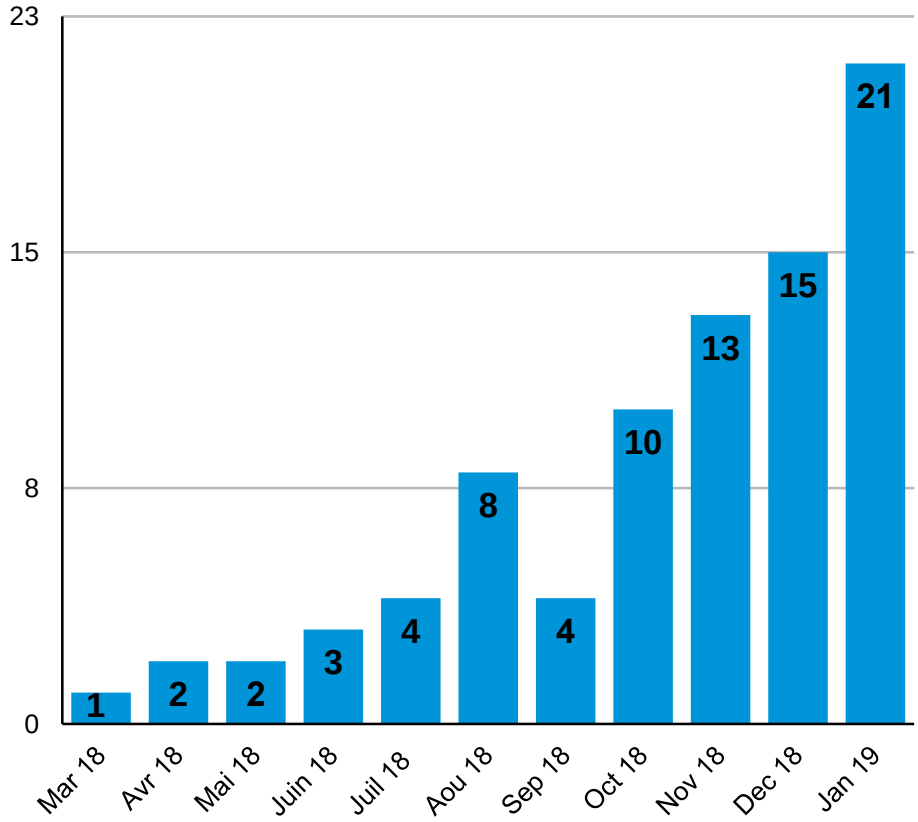
*** 7 actes par patient et par mois**

Organisation de la télésurveillance des diabétiques de type 1 et de type 2

- **8 heures par semaine pour la TLS réparties sur 2 à 3 demi journées**
  - ➢ pour 56 patients dont seulement 35 bénéficient de l'expérimentation !!
  - ➢ Mais on s'améliore !!!

- **La télésurveillance à ce jour dans notre unité est encore essentiellement médicale**
  - ⇒ Temps de compagnonnage des IDE long
  - ⇒ Indications initiales du décret de avril 2017: patients diabétiques difficiles !!

Nombre de séances d’accompagnement



- **Vraie « montée en puissance » depuis l’automne**

- **83 séances réalisées**

Focus sur la séance d'accompagnement par IDE

- Initialement par téléphone
- Puis questionnaire envoyé via la plateforme myDiabby

1/ Comment allez-vous depuis votre dernier contact avec l'équipe infirmière ?

2/ Quelles difficultés éventuelles avez-vous rencontré ces dernières semaines ?

3/ En quoi votre prise en charge a-t-elle pu être perturbée par des éléments extérieurs (maladie, problèmes personnel, professionnels…) ?

4/ Comment pensez-vous avoir atteint les objectifs évoqués lors de votre dernier entretien ? Si oui lesquels ? Si non pourriez-vous nous dire pourquoi selon votre avis ?

5/ Avez-vous des idées pour améliorer votre prise en charge pour les semaines à venir ?

6/ Comment pourrions-nous vous aider?

7/ De quelle manière souhaitez-vous poursuivre l'accompagnement thérapeutique :

- Entretien téléphonique ?
- Consultation en face à face ?
- Questionnaire par mail ?

En moyenne

- **40 à 60 minutes par séance au début**
- **Réorganisation en novembre 2018**
- **20 à 40 minutes par séance actuellement**

La Télésurveillance pour les patientes présentant un diabète gestationnel

Organisation générale de la prise en charge du DG

Programme ETP

2 matinées par semaine

- **Bilan éducatif**
- **Atelier collectif** de 4 séances de 45 minutes environ dont 1 consacrée à la télésurveillance

myDiabby

Cs individuelle présentielle à J7

- **En coopération Médecin IDE**
  - Analyse des résultats avec la patiente
  - Mise à l'insuline éventuelle
  - Validation télésurveillance

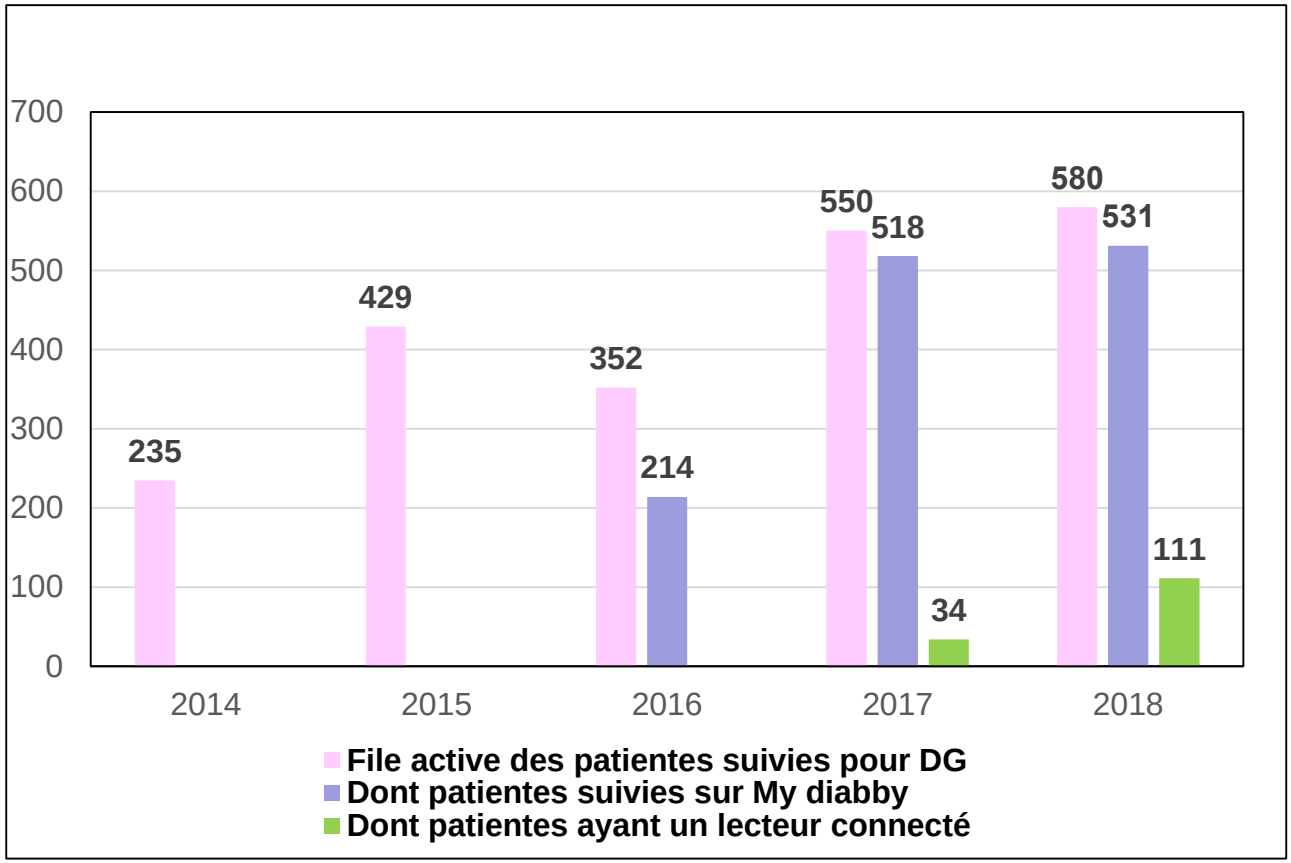
Télésurveillance

5 jours sur 7

- **En coopération médecin IDE**
- **Personnalisée et adaptée**

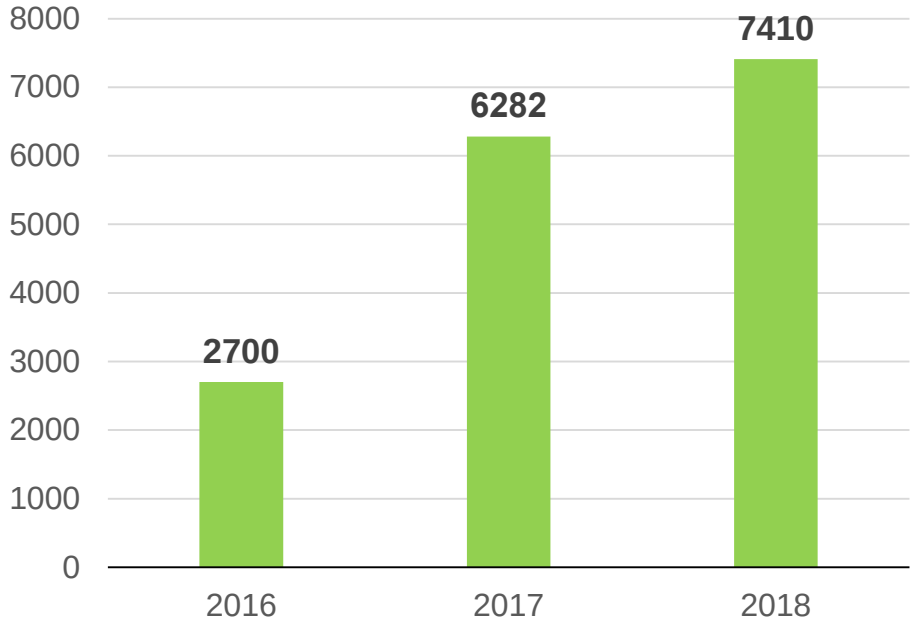
Consentement des patientes pour ETP, Télésurveillance et Coopération

Nombre de patientes suivies pour diabète gestationnel et adhésion à la télésurveillance



- **96% des patientes choisissent la télésurveillance par My Diabby**
- **21% des patientes ont un lecteur connecté en 2018**

Nombre d’actes de télésurveillance dans le cadre du DG



- **30 actes par jour**
- **8 heures d’IDE par semaine**

Nécessité d’une organisation précise:

- Temps IDE réel et dédié
- Médecin délégant identifié et disponible si besoin

La Télésurveillance du DG en pratique

en cours de suivi (190) | Rechercher dans le tableau

uniquement les patients dont le référent est : Moi

Affic | Exporter | Mo

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SA	DATE PRÉVUE D'ACCOUCHEMENT	NOTIFICATIONS		INSCRIT LE	DERNIÈRE CONNEXION	INSULINE
	Nadjate		25	2019			21/12/2018	28/01/2019	non
	Naza		37	2019			28/12/2018	29/01/2019	non
	Souhila		21	2019			07/12/2018	28/01/2019	non
	Violaine		20	2019			23/11/2018	25/01/2019	non
	Pansa		35	2019			30/11/2018	29/01/2019	non
	Amandine		26	2019			22/10/2018	25/01/2019	Injections
	Marlène		36	2019			14/12/2018	08/01/2019	non
	Amie		33	2019			21/01/2019	28/01/2019	non
	Alexia		32	2019			17/12/2018	24/12/2018	non
	Karine		31	2019			04/01/2019	29/01/2019	non
	Clara		32	2019			07/01/2019	28/01/2019	non
	Aicha		27	2019			28/09/2018	29/01/2019	Injections
	Marjory		33	2019			28/12/2018	29/01/2019	non
	Virginie		33	2019			11/01/2019	28/01/2019	non
	Alexia		20	2019			08/11/2018	26/01/2019	non
	Anais		34	2019			28/12/2018	28/01/2019	Injections
	Sarah		34	2019			30/11/2018	27/01/2019	non

Nécessité d'une grande cohésion d'équipe

- ⇒Alertes uniformisées dans le centre
- ⇒Procédure définie de PEC:
  - ⇒gestion des alertes puis des messages,
  - ⇒connaissance des conditions d'appel du médecin délégant
- ⇒Notes professionnelles pour une PEC partagée plus facile

La télésurveillance est elle éducative ?

La télésurveillance obéit aux principes de l’ETP

- **Elle est centrée sur la personne**
  - Ses besoins
  - Ses ressources
- **Elle fait intervenir une équipe pluri professionnelle formée en ETP**, en lien avec le médecin traitant
- **Elle fait appel aux techniques de l’ETP**
  - Posture: empathie, bienveillance, valorisation
  - Questions ouvertes
- **Elle nécessite le consentement du patient**

La télésurveillance s’inscrit dans la démarche éducative

« L’ETP a pour but d’aider les patients à prendre soin d’eux-mêmes… …c’est pour les soignants adopter une manière de travailler qui favorise l’implication du patient dans les décisions et les actions relatives à sa santé. » *Brigitte SANDRIN (2009)*

[redacted]

Hier à midi j’ai manger un hamburger maison avec de frites sûrement trop gras d’où l’hyperglycémie.
Hier soir j’ai effectivement corrigé 1,6unités.

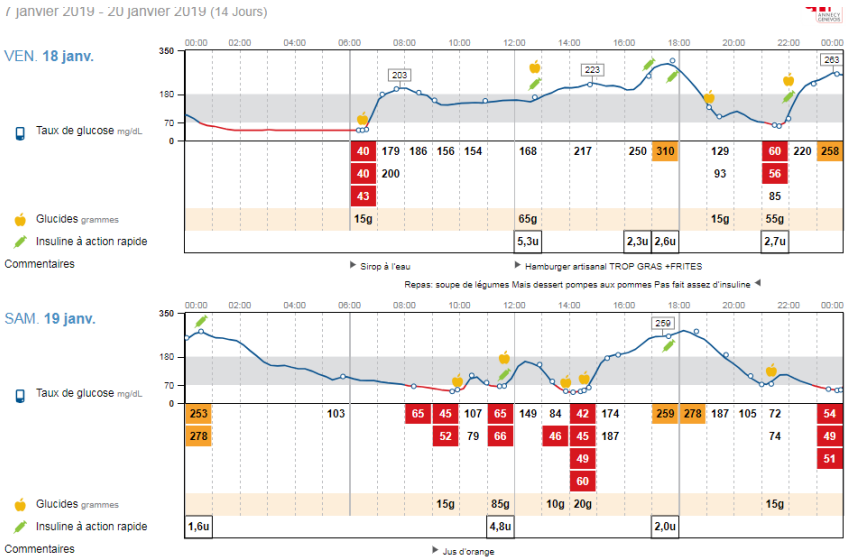
[redacted]

[redacted]

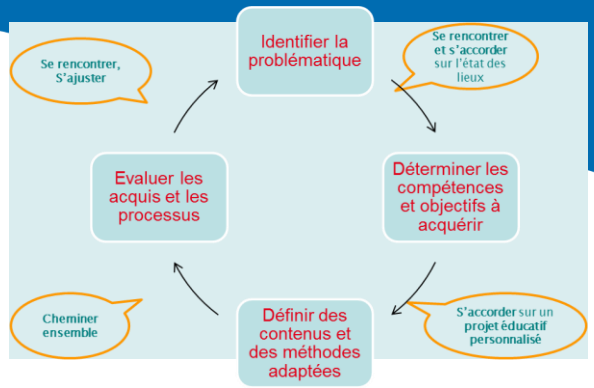
Ce matin à 5h ça c’était stabilisé à 103mg/l puis continue de redescendre jusqu’à 9h30 à 60mg/l

[redacted]

La basal serait-elle trop forte encore?
J’at Une ou deux nuit de plus pour voir.



Exemple d'une patiente suivie pour diabète gestationnel



Hyperglycémie à jeûn

Echanges de messages

au vue de mes taux qui sont tous bons sauf ceux du matin à jeun .. est ce que je peux faire quelque chose pour qu'ils deviennent bons..
ça m'agace de ne pas savoir pourquoi ils ne sont pas bons.
bonne journée et bon WE

Identifier la cause de l'hyperglycémie
Objectif: retour à l'euglycémie

Réflexions par messages avec la patiente sur ce qu'elle mange

Les explications que nous cherchons lorsque la glycémie du réveil est élevées sont :
- soit des repas gras la veille au soir
- soit un manque de féculents la veille au soir

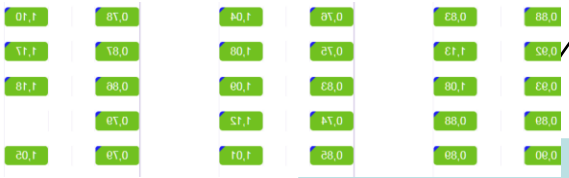
Identifier avec elle ce qu'elle peut modifier dans son alimentation

Echanges de messages

Le soir je mange du velouté en brique et du fromage.
Je vais essayer de manger des choses moins grasses et je vous redis

Evaluer glycémies/journal alimentaire
Valoriser, encourager

Si besoin messages pour ajuster



Bonjour,

Vos glycémies se normalisent bien, bravo pour vos efforts !

Super !!
Merci pour votre retour.

En quoi la Télésurveillance a-t-elle transformé la relation soignant-soigné?

Elle renforce les liens dans un vrai climat de confiance

- **Lecteurs connectés = partages des données**
  - On va dans l' intime
  - Le comportement et les résultats ne peuvent plus être « cachés »

- **Sentiment d'accessibilité et de proximité des professionnels exprimé par les patients**
  - En respect de nos temps
  - Avec beaucoup de gratitude exprimée par les patients

Bonjour docteur, la messagerie fonctionne à merveille ! Je suis

Merci pour les encouragements... j'a noté la consigne ! Bonne journée

finalement... je suis un vrai enfant gâté

Elle permet une prise en charge personnalisée parfois meilleure qu'en consultation face/face

- **Permet un suivi régulier**
  - Aspect motivationnel permis par ces échanges
  - Impossible à organiser en consultations (délais moyens: 6 mois)

- **Meilleure prise en charge dans certains cas**
  - Stratégies d'adaptation: exemple de la « barrière de langue »

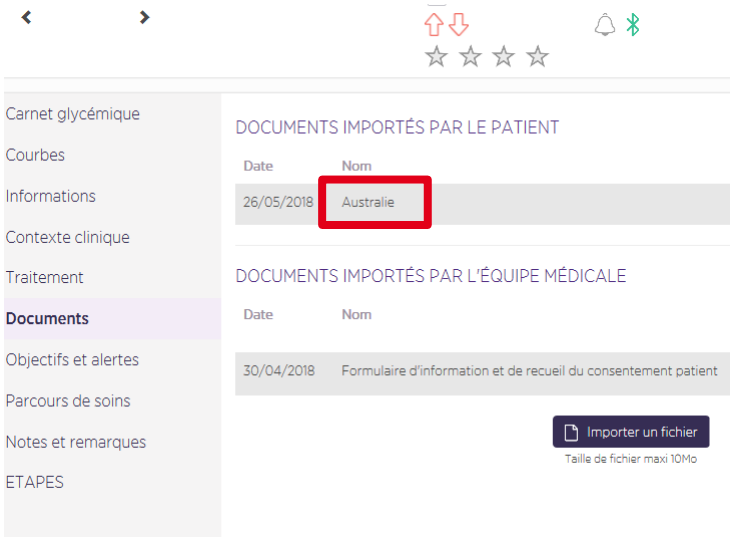
Regarder les résultats depuis depuis que j'ai commencé le nom de Soline je pense que c'est à monter des sucres regarder les résultats est-ce qu'il faut que je fasse quelque chose

For the explanation:
One day I had no breakfast
One day I had a super long tapas dinner, so I did not took my sugar after.
One day I had for lunch a high sugar because the breakfast was too close.

  - Difficultés/ transports: Fatigue, coût et disponibilité, météo….

Bonjour....je reviens vers vous pour vous dire que je suis fatiguée et j'ai trop mal au jambe ...du coup demain je viendrais pas ....par

La télésurveillance peut aussi être «sympathique» !



Les questions en suspens

Les patients se disent très satisfaits du programme ETAPES

- **Patients diabétiques de type 1**
  - 22 / 24 utilisateurs assidus
  - 4 / 5 patients ont demandé à continuer à la fin des 6 mois
- **Patients diabétiques de type 2**
  - 7/7 utilisateurs assidus

Efficacité du programme ?

- Les patients nous disent que la TLS leur apporte de l'aide pour leur équilibration
- Mais évaluation à faire +++

Modèle économique de la TLS en diabétologie à revoir ++++

Diabète type 1 et diabète de type 2 avec schémas insuliniques complexes		Médecin effectuant la télésurveillance	Professionnel de santé en charge de l'accompagnement thérapeutique	Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées
Evolution des indicateurs	Type de rémunération			
Cas 1	Rémunération forfaitaire fixe : versée Année N par la CNAM	110€/semestre /patient	60€/semestre /patient	375€/semestre /patient

environ 10 €/ heure/ professionnel !!!

Conclusions

- **La télésurveillance en diabétologie crée un vrai lien entre les patients et les professionnels de santé**
  - Une relation soignant/soigné différente (à distance mais au plus proche de la vie réelle)
  - En réponse aux besoins des patients
    - Outils disponibles
    - En cohérence avec la démographie médicale
    - Ecologique
  - Outil du parcours de soin et de la collaboration interprofessionnelle

- **La télésurveillance doit avoir une vraie dimension éducative afin de favoriser l'autonomie des patients et non leur dépendance face aux soignants**
  - Soignants formés à l'ETP
  - Intention éducative et principes de l'ETP lors des échanges

- **Il reste néanmoins des zones d'ombre et des freins**
  - Complexe et consommant du temps humain
  - Peu d'études d'efficacité disponibles pour le moment
  - Nécessitant de penser à des organisations spécifiques au bénéfice du patient
  - Problème du financement++++++

Merci à l'équipe de l'UDAT et de myDiabby

et à nos patients qui nous encouragent tous les jours à sortir de notre « zone de confort » pour répondre à leurs besoins

Merci pour votre attention

Comment participer à des ateliers de groupe sur les rhumatismes inflammatoires de chez soi?

« Programme d'ETP en télémédecine pour les patients atteints de rhumatisme inflammatoire chronique»

Dr Sylvie FABRE, Clinique BEAUSOLEIL et CHU de Montpellier

Nadine NADAL, Représentante de l'Association AFP RIC

Axel PELLAN étudiant APA Master 2

Fondation Roche
mieux vivre la maladie chronique

Projet 2014 -2016

2017 -2018

SANOFI

Liens d'intérêts

Sanofi, Roche, Abbvie

Programme « Mieux Vivre les rhumatismes inflammatoires chroniques »

Autorisation 02/2012

Entretien individuel: Bilan éducatif partagé → **Ateliers de groupe au choix** → **Entretien individuel de synthèse**

3-10 patients
Durée: 2h
1 / mois
Yoga: 1/ sem

1. Échanger sur le vécu
2. Vivre au quotidien
3. Activité physique et rhumatismes
4. Mes traitements et leurs effets secondaires
5. Alimentation et rhumatisme
6. Causes et mécanismes de la maladie
7. Éducation Yoguique (1/sem)

8 et 9. Droits des patients/ rhumatisme et travail

10. Fatigue
11. Vaccins
12. Méditation (Cycle MBSR) (Dr Gregory Baptista /Axel Pellan)

Notre programme « Mieux Vivre les rhumatismes inflammatoires chroniques »

Bilan 2015

2015: présentiel

- 46 patients + 4
- 18 ateliers
- 16 at. YOGA
- 3 – 10 patients

2015: téléméd.

- 42 patients + 2
- 16 ateliers
- 4-6 patients

Échanger

- Sur ses peurs, ses angoisses
- Sur ses expériences positives
- Sur un nouvel équilibre retrouvé?

Mais des limites…..

- Places disponibles… À Montpellier…
- Pour les patients éloignés de Montpellier
- Pour les patients ayant des difficultés pour se déplacer ou se libérer (enfants en bas âge, travail)

Evolution 1: Programme d'ETP fait en télémédecine

Adapter chaque étape

1. Un BEP adapté…… pour le réaliser à distance

- **Par écrit:** questions ouvertes, récit du patient (mail/ 30 min)
- + **BEP collectif**

au début de chaque atelier

2. Des Web-ateliers d'ETP: ateliers de groupes par télémédecine

- **Conférences interactives** (5-6 participants/ séance)
- **Thématiques personnalisées** en fonction du BEP

1. échanger sur la maladie (2015)
2. Mes traitements et leurs effets secondaires (2015)
3. Alimentation et rhumatismes inflammatoires (2016)

Appel Informaticien
(20 min)

Web-atelier d'ETP

En télémédecine

Animateur

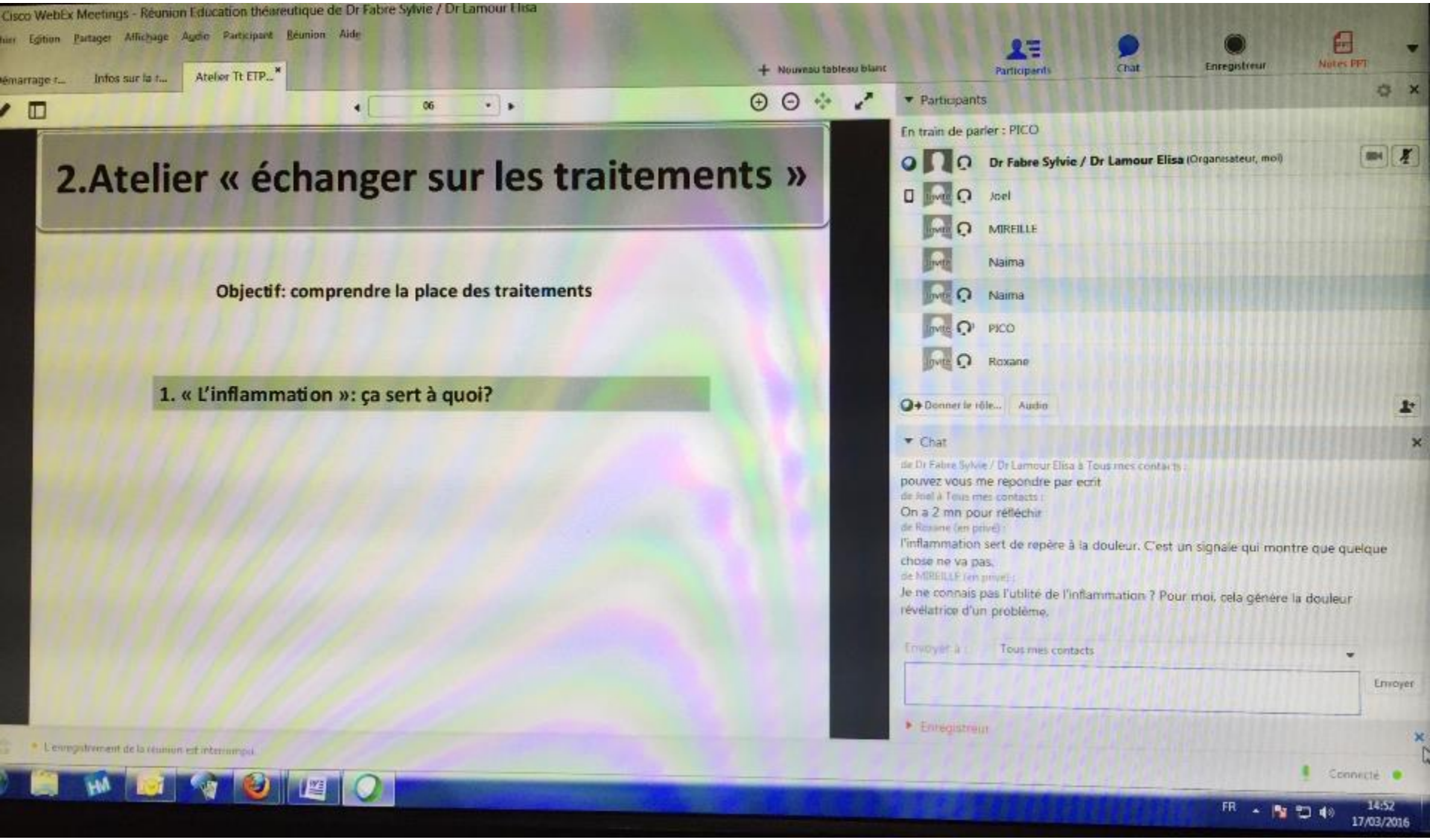
Partage et échanges:

- de voix
- d'écran
- de chat
- d'écoute
- et de silence…..

webex

Durée 2h00

Un exemple d'atelier en télémédecine



En télémédecine

Web-atelier d'ETP

Atelier 1: « échanger sur la maladie »

Pouvez vous nous écrire:
« Qu'est ce que VOTRE RHUMATISME pour vous? »

3 mots/idées clefs:

- **1**
- **2**
- **3**

À vous d'écrire….
Vous avez 5 min environ

Envoi par message « chat »

Animation de l'atelier par Dr Fabre et Dr Lamour

QU'est ce que la polyarthrite pour vous?

un déréglement du système immunitaire

nflammation des articulations lors des poussées

inflammation

une inflammation des articulations

une maladie auto immune

maladie auto imune

parfois évoluer jusqu'à la déformatiuon de celles ci

FATIGUE

DOULEUR

causes?

du travail pénible?

de nos gènes ?

famille?

facteurs rhumatoide

fatigue

facteurs psychologiques?

deuil.. séparation

environnement favorable (stress, événement

hormonales? grossesse? ménopause? ado?

plus de femme que d'homme

TABAC+++

infection???

alimentaire???

gluten??

lait de vache??

UN TERRAIN PREDISPOSANT

OUI

TROUVER

SON EQUILIBRE

Jean ROUVIER...

douleur

attention aux régimes:

Évaluation de la mise en place et de l'effet du programme en télémédecine

Évaluation quantitative et qualitative (2015)

- **Quantitative:** Entretiens téléphoniques (environ 15-20 min)
  - **OE personnalisés:** 3,9 / patient (std +/- 1)
  - **Réalisation des OE?** moy: 1,7 (Non: 0 / partiel: 1 / Oui: 2)

- **Qualitative:** Entretiens téléphoniques (environ 15-20 min)

Points forts

- Partage d'expériences / avoir une autre vision de la maladie

---

- clarté des diapositives et schémas
- apport de connaissances/ réponses aux questions

- Participer malgré la distance / Rompre l'isolement

- Anonymat / parole et échanges libres / Ordinateur facilite?

- Empathie/ on se sent compris / convivialité

Points faibles

- La technique: +/- difficultés de connexion (+++audio)
- Manque de temps

Evolution 2: Cycle ateliers ETP méditation

La méditation a prouvé son intérêt dans les RIC **2017- 2018**

Mais comment la mettre à disposition pour tous? Malgré la distance

- **CYCLE MBSR: Mindfullness Based on Stress Reduction**
- 2 groupes
  - **Un présentiel**
  - **Un en télémédecine (patients à domicile)**

- **8 séances de 2h**
  - **Dr Gregory Baptista**
  - **Nadine Nadal**
  - **Axel Pellan (étudiant APA master)**
  - **Dr Sylvie Fabre**

AP

Evolution 2: Cycle ateliers ETP méditation

La méditation a prouvé son intérêt dans les RIC

CYCLE MBSR: Mindfullness Based on Stress Reduction

- **Points forts**
  - **Faisabilité en télémédecine**
  - **pertinence**

- **Difficultés**
  - **Parfois lourdeurs techniques (10 patients/ groupe)**
  - **Mobilisation temps équipe++**
  - **Pas d'autres ateliers télémédecine pdt cette période**

AP

Evolution 3: la suite.. Encore améliorer

Expérience des ateliers en télémédecine depuis fin 2014

➔ **Comment améliorer?**

- **Pour les patients**
  - **Plus d'ateliers (thématiques variées)**
  - **Plus d'échanges**
  - **Moins d'isolement**

- **Pour l'équipe**
  - **Moins de « lourdeurs de coordination »** (2 planning à gérer/ relancer…)
  - **Faire tous les animateurs d'ateliers à la télémdecine**

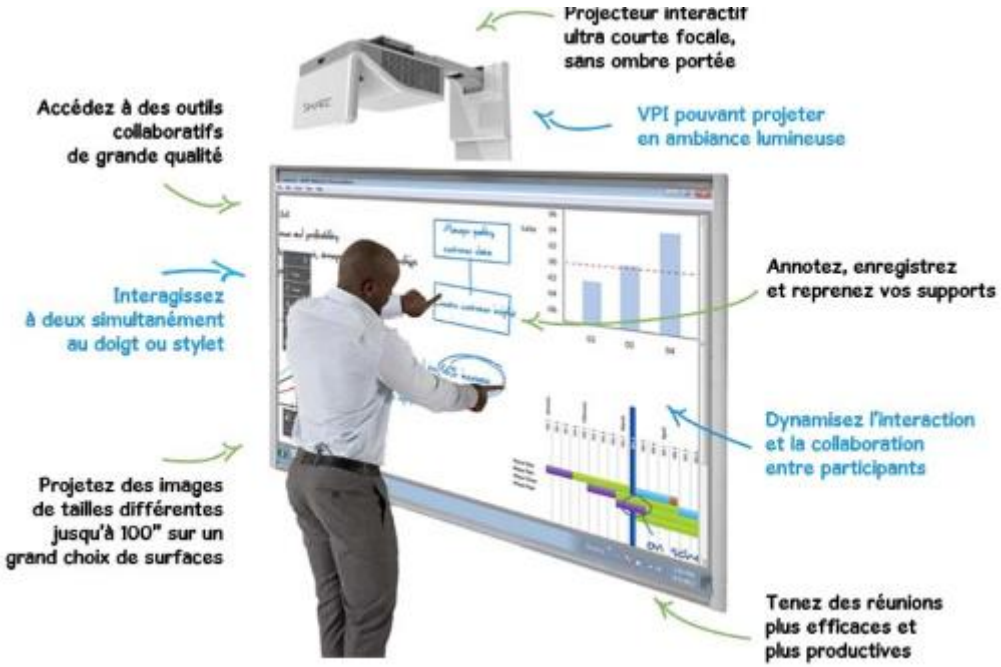
SF

Evolution 3: la suite.. Encore améliorer

Nos pistes d'action 2018-2019

➔ **Comment améliorer?**

1. **Fusionner ETP prés et TM**
   - **Les mêmes ateliers/ le même planning**
   - **Former l'équipe à l'utilisation du Tableau Blanc Interactif**



Téléphone de vidéo conférence

SF

Evolution 3: la suite.. Encore améliorer

Nos pistes d'action 2018-2019

➔ **Comment améliorer?**

2. **Développer les activités APA en télémédecine**
   - **À partir de l'expérience en présentiel**
   - **D'abord en individuel**
   - **Puis pour un plus large public: création de vidéo**

Conclusion

Programme d'ETP en télémédecine

- **Complémentaire au programme présentiel+++** pour dépasser certaines limites … mais pas toutes
- **Avoir déjà une expérience de l'atelier en présentiel**
  Puis travail de « transposition »
- **Expérience très enrichissante**
- **De vrais échanges/ une authentique relation éducative**

Permettant de:

- Rompre l'isolement (géographique)
- Apport d'autres aspect (parole libre et facilitée / anonymat/ dépasser la timidité?)

Merci pour votre attention

Des questions?

s.fabre@languedoc-mutualite.fr

LANGUEDOC MUTUALITÉ
RÉSEAU D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX

GROUPE EoViMcd

CHU

AFPric

Fondation Roche
mieux vivre la maladie chronique

Formation UTEP Montpellier
Numérique et ETP (1 journée)

Jeudi 4 avril et jeudi 10 octobre 2019

Objectifs

- Acquérir le savoir-faire théorique des Web-ateliers

- Savoir transposer un atelier, déjà fait en présentiel, en télémédecine (Web – ateliers)

- Savoir utiliser un logiciel permettant d'animer des Web-ateliers et savoir organiser techniquement le processus, notamment auprès des patients

- Acquérir le savoir-faire pratique des Web-ateliers (ateliers pratiques faits au cours de la formation)

Contact: Sylvie Huet: sylvie-huet@chu-montpellier.fr