

Groupe Rythmologie – Stimulation cardiaque SFC du 19 oct. 2007

Comment réorganiser un centre de surveillance en Téléc@rdiologie ?

Interview du Dr Michèle SALVADOR-MAZENQ

Secrétaire du groupe
de Rythmologie –
Stimulation cardiaque
de la SFC
CHU Rangueil Toulouse



Vous avez récemment présenté à la réunion du groupe de Rythmologie – Stimulation cardiaque de la SFC dont vous êtes secrétaire, un point sur la réorganisation du centre de surveillance. Quelles en sont les grandes lignes ?

Quatre idées principales nous ont guidés :

- parler de télésuivi et non de télésurveillance,
- mettre en place la délégation des tâches,
- introduire de nouvelles modalités de prise en charge des patients,
- modifier la politique de santé et créer le cadre de la rémunération de l'acte.

Clarifions d'abord la terminologie. Il faut écarter absolument les termes de home-monitoring ou de télésurveillance qui

Suite au verso



laissent à penser à tort que la télécardiologie serait un service d'urgence. Utilisons les termes de **télesuivi** et de **téléconsultation** qui correspondent au service attendu.

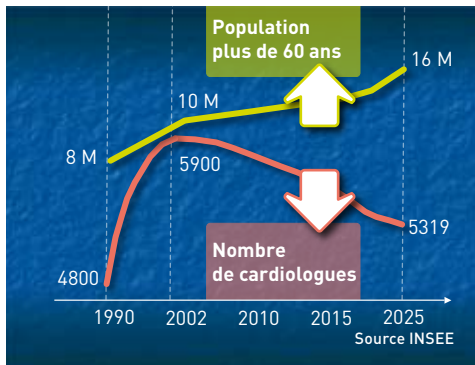
Les recommandations de la SFC à cet égard sont explicites : il s'agit de mettre en œuvre « les conditions de compétence, d'activité et d'environnement requises pour la surveillance » des stimulateurs cardiaques¹ et des défibrillateurs automatiques implantables².

« ... Le suivi que nous connaissons est appelé à évoluer du fait de nouveaux paramètres »

Dans ce cadre, et sous l'angle de l'acceptation du STIC EVATEL en mai 2007 et de la question de la cotation de l'acte, il semble opportun de s'interroger sur l'évolution du centre de surveillance traditionnel. Le suivi que nous connaissons est appelé à évoluer du fait de nouveaux paramètres.

Qu'est-ce qui change dans la surveillance des patients ?

Un défibrillateur devrait être suivi en pratique tous les 6 mois, voire tous les 3 mois, or les courbes ascendantes de l'élargissement des indications, de l'accroissement naturel



➔ Accroissement du nombre des patients et baisse de la démographie médicale

du nombre de patients³, et l'augmentation des rappels de matériel sont en contradiction avec la baisse importante de la démographie médicale à l'horizon 2010-2020.

Les missions des centres devront être maintenues dans le cadre des prérogatives des autorités mais ces statistiques antagonistes impliquent que de nouveaux critères soient introduits pour continuer d'assurer ces missions. L'évolution des technologies peut

(1) Archives des Maladies du cœur et des vaisseaux, avril 2006 ; 99 : 275.281

(2) Archives des Maladies du cœur et des vaisseaux, septembre 2004 ; 97 : 915.919

(3) Estimation Nice : National Institute for Clinical Excellence et Avis de la CEPP du 7 février 2007

résoudre au moins partiellement cette crise à venir, mais pour cela il faut repenser l'organisation générale des centres et du suivi des patients.

La télémédecine est-elle la baguette magique ?

Sans doute pas, mais la télémédecine, « l'hôpital sans les murs » comme l'a qualifiée le Pr Louis Lareng, est une piste sérieuse qui a de nombreux atouts. Les récentes publications de la Heart Rhythm Society qui « ...recommande que les fabricants développent et mettent en œuvre des technologies de suivi à distance et sans fil ... » montrent une convergence de la recherche, des sociétés savantes et des besoins des centres.

Les principes commencent à en être bien connus, de nombreux industriels comme nous l'avons montré à la réunion du groupe ont emboîté le pas à Biotronik sur des modes similaires.

En pratique comment inscrire la télécardiologie dans le projet actuel de la télémédecine ?

Sous réserve des études en cours qui établiront les bénéfices réels à attendre, la Télécardiologie est de facto une des pratiques les plus avancées dans le champ de la télémédecine.

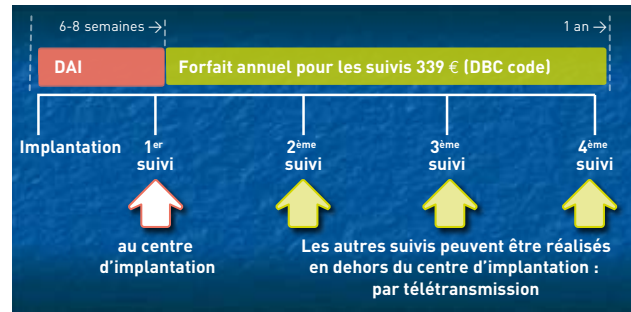
La relation avec le patient restant prépondérante, elle met en place autour de lui, en appont du cardiologue traitant, un réseau de compétences nouvelles orchestrées par le rythmologue-stimuliste. Elle développe un dialogue avec l'industriel, qui gère le traitement et la diffusion des données médicales, et assure le suivi technique et les pannes éventuelles de son matériel.

Elle implique aussi en interne la collaboration d'un personnel qui doit recevoir une formation adaptée. La mission « Démographie médicale hospitalière » présentée par le Pr Yvon Berland a justement confirmé la nécessité de transférer des tâches et des compétences « vers d'autres acteurs de santé existants ou à créer afin que les médecins puissent se recentrer sur leur cœur de métier qui justifie de 9 à 11 ans de formation. »

Quel principe général de fonctionnement en déduisez-vous ?

Dans « ... le strict respect des règles de déontologie, mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin ... » la relation centrale entre le patient et le cardiologue rythmologue restera le noyau de l'organisation. Le rythmologue-stimuliste aura à orchestrer le travail des autres acteurs : d'abord de ses collaborateurs chargés du relevé et de la transmission des données significatives au médecin ; du dialogue avec les patients pour des questions non médicales ayant trait au matériel ou à l'usage des accessoires dans la vie quotidienne. Il aura aussi à superviser la relation avec le centre de traitement des données, (l'industriel), pour notamment paramétrer les critères du suivi. Dans un contexte de télesuivi régulier, et non

(4) Loi du 13 août 2004



➔ Première année post-implantation DAI aux Pays-Bas
Un forfait annuel de 339 € pour la première année, annoncé pour le printemps 2008

de télésurveillance en continu, le cardiologue traitant ne perdra en rien son rôle, les modifications éventuelles du traitement étant apportées comme à présent, avec l'avantage de la précocité de l'intervention en cas d'événements rapportés.

Quelle évolution de la politique de santé cela suppose-t-il ?

La cotation de l'acte doit évoluer, la question est de savoir comment évaluer une juste rémunération.

Or « si le bénéfice autorisé est évident pour le patient, la rémunération devrait être adaptée aux efforts consentis, ce qui n'est pas le cas du système actuel qui ne prend en compte ni l'amélioration du service médical rendu par les cardiologues, ni la rémunération de l'industriel pour son intervention innovante. »

Comment aborder la cotation de l'acte ?

Observons ce qui se pratique dans d'autres pays depuis un certain temps aux USA, 3 suivis sur 4 sont réalisés par télétransmission : le suivi des prothèses à distance est basé sur l'utilisation des codes Medicare en l'absence de reprogrammation, pour 70 \$ (soit environ 48 €).

En France le Code CCAM DEMP001 pour le contrôle et/ou la reprogrammation d'un DAI est de 55,42 €, mais selon le principe de la relation « face à face », il n'y a pas d'extension possible de ce code à l'acte de télesuivi. Il faut créer un acte pour le suivi à distance des prothèses.

« ... Il faut créer un acte pour le suivi à distance des prothèses. »

On trouve en Europe des pays dont le remboursement est réalisable et d'autres dont le processus de remboursement est en cours. Retenons l'exemple des Pays-Bas avec la mise en place au cours du printemps 2008 d'un forfait annuel de 339 € la première année post-implantation DAI, après un premier suivi au centre d'implantation. Bénéfice pour le patient : dans la période et sans préjuger d'alertes traitées précocement, il est suivi 4 fois pour un seul déplacement au centre ; au lieu de 1 à 3 visites au centre dans notre système actuel, sans couverture dans les intervalles. ■