



CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR

télémedecine

TÉLÉSURVEILLANCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE : QUELLE DURÉE DE TÉLÉSUIVI POUR NOS PATIENTS ?

Dr Patrick Duriez, responsable (aucun conflit d'intérêt / sujet).

Me Delphine Blouet et Me Céline Delobbe, infirmières.

Me Frédérique Pornin, secrétaire.

Unité de télésurveillance de l'insuffisance cardiaque chronique

Service de cardiologie, C.H. Jacques Cœur, Bourges.

11/06/2025 – Institut hospitalo-universitaire Liryc, Bordeaux



Télésurveillance au long cours ?

- Patient : **nécessité ?**
 - Méthode **provisoire** de surveillance \pm éducation à l'autosurveillance ?
 - Système de surveillance **prolongée** ?
- Professionnels de santé : **efficacité démontrée ?**
 - **Etudes cliniques positives en terme pronostique ?**
 - **Bénéfice médico-économique ?**
 - **Responsabilité éthique** (soins compassionnel : maladie chronique ; sécurité individuelle ; sentiment de protection ; palliatif à la pénurie médicale) ?
- Législateur : **prise en charge possible ?**
 - **Que dit le droit ?**



CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR

télé^médecine

TÉLÉSURVEILLANCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE DANS LE CHER

Nécessaire ?

Pathologie **chronique** fréquente, grave et **récurrente**

- Incidence / prévalence : ~ 1 personne / 5 au cours de sa vie

=> en France :

- ~ 1 500 000 patients.
- ~ 200 000 hospitalisations
- ~ 70000 décès / an.

incidence et prévalence ↗ // vieillissement de la population.

- **Gravité :**

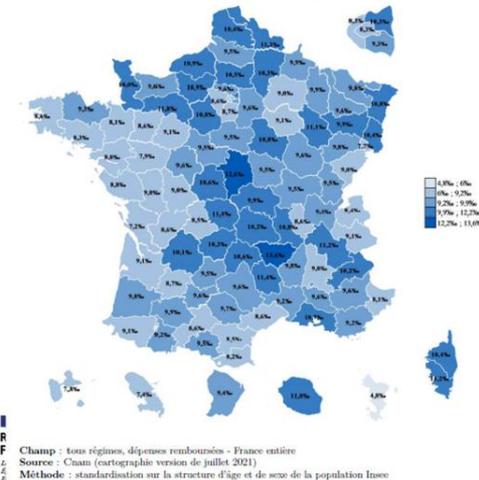
- **Mortalité 50% à 5 ans** ~ celle des cancers les plus courants (sein et prostate).
- **Aggravation dans le temps.**

- **Réhospitalisation : 1/3** des patients hospitalisés pour décompensation aiguë.

- Précoce : 1 fois sur 2 au **1er trimestre**.
- Pronostic vital : **espérance de vie / 2**.

- **Coût : > 8000 € / décompensation ; soins hospitaliers : 76% ; > 3 000 000 000 € / an.**

Prévalences standardisées des personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque chronique par département en 2019



Prise en charge sous optimale : **inertie structurelle**

- **Patient : 50%** des ont des **signes annonciateurs** dans les **5 jours** avant l'hospitalisation : souvent négligés par les patients par **manque d'information ou difficulté d'accès aux soins** (> 50% des hospitalisations évitables en amont ?)
- **Hôpital : organisation hospitalo-centrée** => facteur de **récidive** :
 - **Traitement de sortie souvent sub-optimal** chez des patients âgés difficiles à équilibrer.
 - Equilibration des traitements à l'hôpital ne correspondant pas aux **conditions de vie habituelles** du patient après retour à domicile.
 - CS hospitalières saturées : **titration du traitement de fond souvent retardée**.
- **CPAM : PRADO** ~ 1% des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque (moyens ?).
- **Médecin :**
 - **Désertification médicale** : consultations précoces ambulatoires en post-hospitalisation (médecin généraliste et cardiologue) rarement dans les recommandations, la majorité des patients n'ayant aucun cardiologue quand certains n'ont pas même de médecin traitant => **patients en errance médicale**.
 - **Inertie thérapeutique** dans une domaine considéré comme complexe chez des patients fragiles.

TIM-HF2 - Lancet 2018;392:1047-57

- Allemagne.
- Etude rétrospective, observationnelle (données du Système Nationale des Données de Santé).
- Critère primaire : % de jours perdus pour **hospitalisation non programmée** et **mortalité toutes causes**.
- 1571 pts :
 - Age moyen 70 ans.
 - **Fraction d'éjection altérée et préservée** en moyenne à 40%.
- Accompagnement thérapeutique + poids, FC et TA quotidiennement + symptômes + SpO2 + ECG + **24h/7j + cardiologue télésurveillant traitant les alertes** (Reproductible ? : « SAMU » de la télésurveillance).

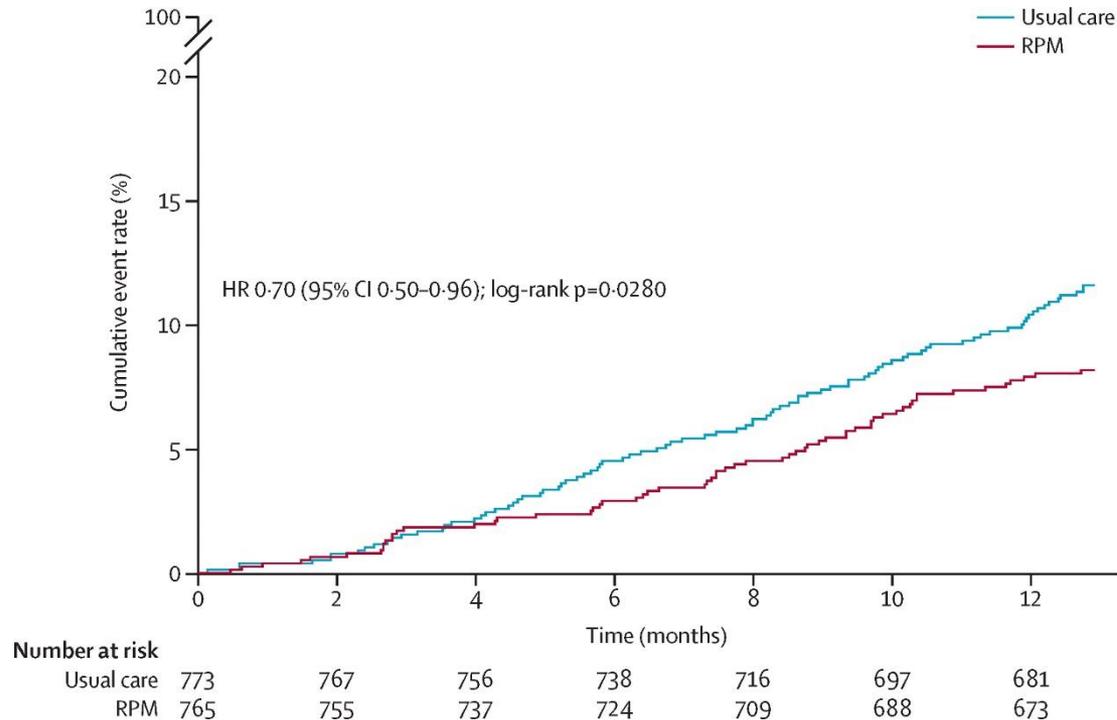


CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR

télé^médecine

TÉLÉSURVEILLANCE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHRONIQUE DANS LE CHER

Efficace ?



- Diminution d'environ 7 jours du nombre de jours perdus dû aux décès ou à une hospitalisation de causes cardiovasculaires non programmées.
- Diminution significative de 30% de la mortalité totale (simple tendance positive pour la mortalité cardio-vasculaire ; p 0,057).

Etudes neutres

- **TIM-HF** (710 pts) / pts trop stables ; biais / dépression).
- **TELE-HF** (1653 pts) / suivi automatisé sans contact humain.
- **BEAT-HF** (1437 pts).
- **OSICAT** (937 pts) / transmission des alarmes au médecin généraliste.

Absence de bénéfice **sauf pour**

- les pts en stade III et IV.
- les pts socialement isolés.
- les pts les plus adhérents à la mesure du poids (> 70%).

/ temps médian de survenue des décès toutes causes ou d'une 1^{ère} hospitalisation non planifiée.

Leçons :

- Sélection des patients.
- Tri des alarmes.
- Réponse thérapeutique aux alarmes.
- Gestion des alertes par la télésurveillance.
- Importance de l'accompagnement thérapeutique.

Programme ETAPES

- 2018-2023.
- Analyse rétrospective.
- 3 groupes de pts :
 - 200 en télésurveillance cardiologique.
 - 99 en télésurveillance non cardiologique.
 - 95 en surveillance standard.
- Résultats significatifs seulement pour le 1^{er} groupe avec **diminution de**
 - 70% des hospitalisations non programmées.
 - 74% de la mortalité toute cause.

4 études / base du SNDS français

- **Chronic Care Connect** (Air Liquide ; 1358 pts télésurveillés / 2458 pts non télésurveillés.).
- **TELESAT-HF** (Satelia ; 5357 pts télésurveillés / 13525 pts non télésurveillés.).
- **NewCard** (569 pts télésurveillés / 1707 pts non télésurveillés.).
- **SCAD** (659 pts ; diminution de 64% des hospitalisations pour insuffisance cardiaque ; mauvaise adhérence associée à un risque accru d'événement).

Résultats globaux :

- **Réduction homogène de la mortalité de l'ordre de 30% dans les 3 premières études.**
- **Rapport coût / bénéfice favorable chez les insuffisants cardiaques sévères.**

Méta-analyse 2023
Eur Heart j 2023;44:2911-26

- 23610 pts.
- Diminution :
 - de 15% de la mortalité totale.
 - de 78% du risque de 1^{ère} hospitalisation pour insuffisance cardiaque.

Recommandations européennes ESC 2021/2023
Grade IIb, B

- Principalement : réduction des hospitalisations pour décompensation cardiaque ou événement cardio-vasculaire et, avec un moindre niveau de preuve, potentiellement de la mortalité.
- Secondairement :
 - Lien privilégié des patients avec l'environnement de soins cardiaques.
 - Education thérapeutique.



CENTRE HOSPITALIER JACQUES CŒUR

télé^médecine

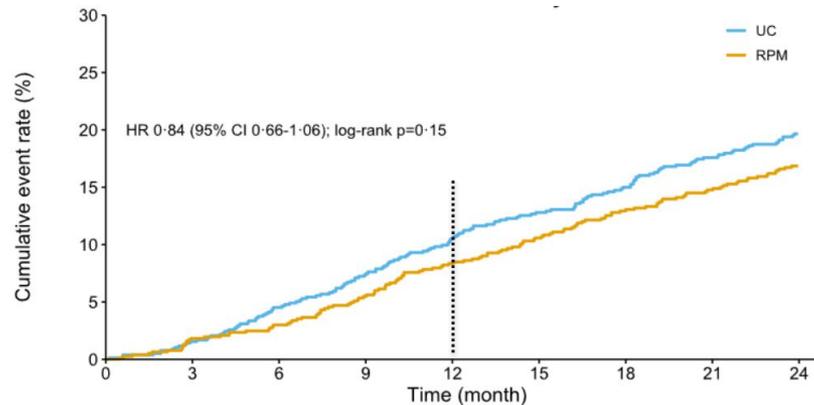
Efficacité prolongée ?

TIM-HF2 extended (Mortality and morbidity 1 year after stopping a remote patient management intervention: extended follow-up results from the telemedical interventional management in patients with heart failure II (TIM-HF2) randomised trial).

- 1538 pts.
- Arrêt de la télésurveillance.
- suivi 12 mois supplémentaires.

All-cause death

■ Main TIM-HF2 trial and extended follow-up period combined



Number at risk

UC	773	761	738	716	692	674	657	637	621
RPM	765	751	742	723	701	684	666	652	636

- **Résultats :**
 - Meilleur score de connaissance.
 - Persistance du bénéfice sur la réduction du nombre de jours perdus en hospitalisation non programmée.
 - Aucune différence significative pour la mortalité cardio-vasculaire et toutes causes.

- **Conclusion :**
 - **L'impact positif de la télésurveillance sur la mortalité persiste jusqu'à un an après l'arrêt** mais de manière atténuée.
 - La télésurveillance obtient une **réduction significative des réhospitalisations pour insuffisance cardiaque sur les 2 périodes combinées.**
 - **La mortalité toute cause et cardio-vasculaire sont similaires dans les 2 groupes après arrêt de la télésurveillance.**
 - **Les patients sous télésurveillance ont de meilleures connaissances de leur maladie sans impact pronostique favorable.**

En définitive, **la télésurveillance paraît efficace si elle est ACTIVE.**

Conclusion : efficace !

- **Diminution de la mortalité totale chez les patients télésurveillés après un suivi de 6 à 18 mois.**
- **Au prix d'une augmentation modérée des hospitalisations** qui dans l'avenir pourrait être prévenues par une meilleure prise en charge ambulatoire des phases congestives.
- **Recommandation de classe II b et de niveau B.**

Textes officiels

■ HAS 18 janvier 2022 :

Télesurveillance médicale du patient insuffisant cardiaque chronique.

Référentiel des fonctions et organisations des soins pour les solutions de télesurveillance médicale du patient insuffisant cardiaque chronique.

« *Le prescripteur en fixe la **durée, qui est au maximum de 6 mois.*** »

« *À l'issue de ces 6 premiers mois, et tous les 6 mois ensuite, afin d'apprécier la pertinence d'un éventuel renouvellement de la prescription initiale, une réévaluation de l'intérêt pour le patient de la télesurveillance est réalisée.* »

■ **Décret no 2022-1767 du 30 décembre 2022** relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télesurveillance médicale : Art. R. 162-100.

« **La PRESCRIPTION d'une activité de télesurveillance médicale** inscrite sur la liste prévue à l'article L. 162-52 **ne peut être faite pour une durée supérieure à un an.** »

- **Arrêté du 22 juin 2023** portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale :

« Durée de prescription :

– **période d'essai initiale** à la fin de laquelle l'opérateur doit évaluer l'intérêt de la prestation de télésurveillance médicale du patient : **1 mois** ;

– **durée de prescription** (primo-prescription et **renouvellementS**) suite à la période d'essai initiale : **au maximum de 6 mois** ;

– durée de suivi du patient : **prescription renouvelable**. »

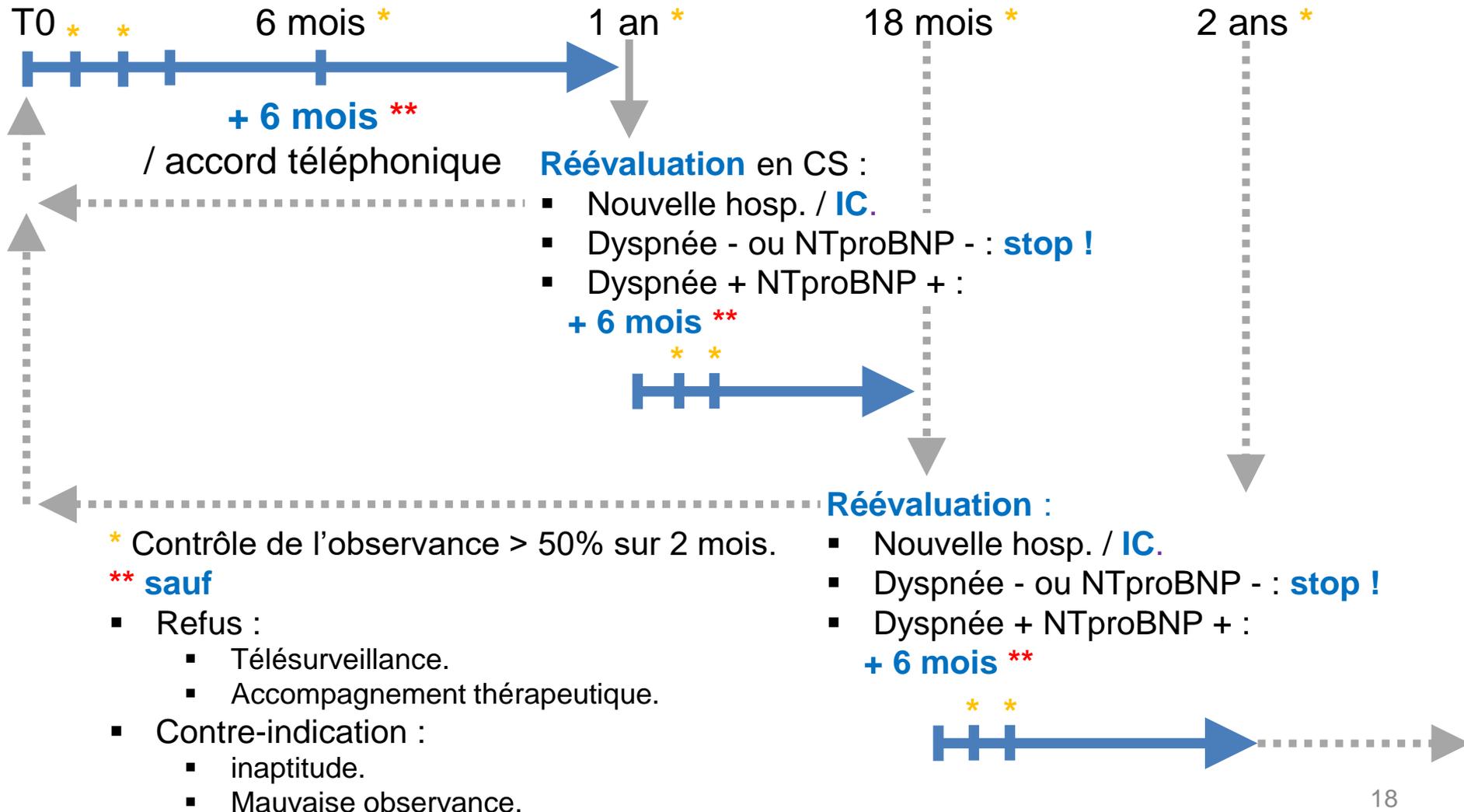
« **La réévaluation** de l'intérêt pour le patient du suivi par télésurveillance est répétée avant chaque éventuel renouvellement. »

- **Arrêté du 21 décembre 2023** modifiant l'arrêté du 16 mai 2023 fixant le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale prise en charge par l'assurance maladie prévu aux II et III de l'article R. 162-95 du code de la sécurité sociale, ainsi que les modulations applicables à ces tarifs et la périodicité de leur révision :

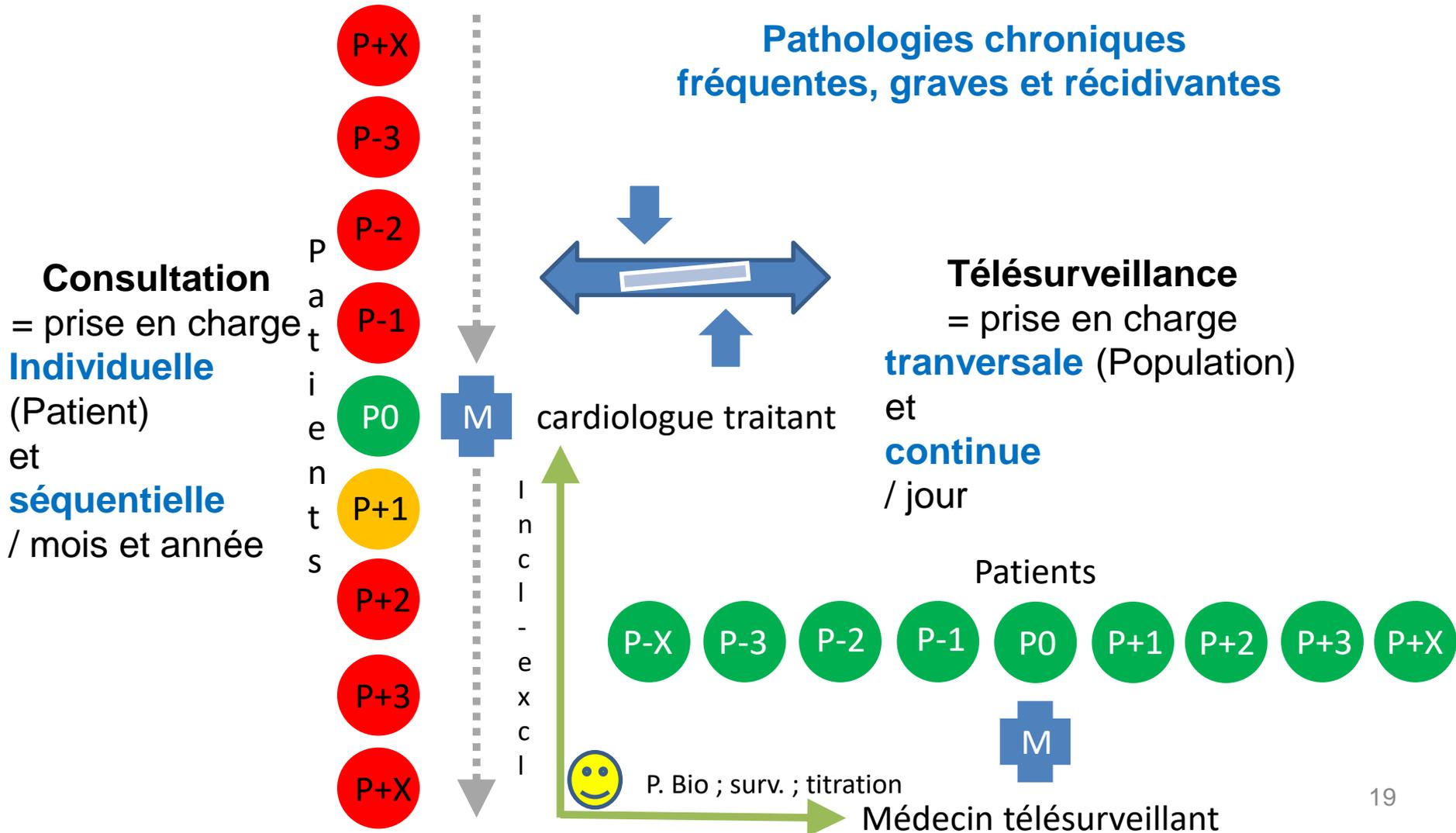
« La facturation pour un même patient des **forfaits majorés** prévus par le présent article ne peut excéder une période sans interruption de : **6 mois renouvelables** une fois pour l'activité de télésurveillance médicale de l'insuffisance cardiaque inscrite sous forme générique, sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale ; »

« Conformément à l'article R. 162-100 du code de la sécurité sociale **limitant la prescription d'une activité de télésurveillance à un an**, la facturation du forfait opérateur et de ses éventuelles modulations, **en l'absence d'une nouvelle prescription**, ne peut excéder une période d'un an sans interruption. »

- **Prescription initiale 1 + 5 mois quelque soit l'indication initiale :**
 - Dyspnée d'effort > I avec NTproBNP \geq 1000 ng/l.
 - Hospitalisation pour insuffisance cardiaque \leq 12 mois.
- **Renouvellement systématique à 6 mois, possible en distanciel, sauf**
 - Contre-indication.
 - Refus du(de la) patient(e) de la télésurveillance et/ou de l'accompagnement thérapeutique.
- **Réévaluation systématique à 1 an, en présentiel :**
 - **Nouvelle hospitalisation** pour insuffisance cardiaque dans l'intervalle : **renouvellement 2 fois 6 mois puis réévaluation.**
 - **Dyspnée d'effort > I + NTproBNP \geq 1000 ng/l :** **renouvellement 6 mois puis réévaluation.**
 - Dyspnée d'effort I ou NTproBNP < 1000 ng/l : **arrêt.**



Méthodes de prise en charge complémentaires



Le télésurveillance prolongée

- **PEUT** être proposée aux patients éligibles sous réserve d'une **démarche conforme au cadre législatif**.
- **DOIT** l'être particulièrement
 - Chez les patients
 - **Les plus graves.**
 - **Socialement isolés.**
 - **Les plus adhérents.**
 - Parfois aussi pour des raisons :
 - **Structurelles** : palliatif à la pénurie médicale en ambulatoire et à l'engorgement hospitalier.
 - **Éthiques** : soins compassionnel chez des patients en demande.

C'est ainsi qu'elle doit s'insérer dans le **parcours de soins des patients** au cours duquel doit s'établir un nouvel **équilibre entre les prises en charge individuelle et collective dans une optique d'optimisation et de rationalisation des soins**. 20