

Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation « Equipes de soins spécialisés en Cardiologie et Télémedecine »

Octobre 2022

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 6 juillet 2022 sur le projet de cahier des charges relatif à l'expérimentation proposé par le Syndicat National des Cardiologues. Après un premier examen de la lettre d'intention le 21 juillet 2021 et une audition du porteur le 30 septembre 2021, le projet a bénéficié de plusieurs séances de travail entre le 30 septembre 2021 et le 7 septembre 2022 ainsi que d'une séance d'accélérateur le 12 mai 2022. Le comité technique a examiné le projet lors de ses séances du 21 juin 2022, 27 septembre 2022 et a rendu son avis le 27 octobre 2022.

Malgré l'amélioration de la prévention et de la prise en charge thérapeutique, les maladies cardio-vasculaires sont en France la deuxième cause de décès après les cancers avec plus de 140 000 morts chaque année. Elles sont la première cause de décès chez les femmes tous âges confondus et chez les personnes très âgées. Elles sont également une cause importante de maladie et de décès précoces. Jusqu'à 50 000 personnes font un arrêt cardiaque soudain chaque année, dont environ 5% survivent.

En 2020, elles représentent 17,8 milliards d'euros, soit 10,6 % des dépenses totales.

L'accès à des équipes spécialisées en cardiologie et les délais de prises en charge sont essentiels pour limiter les complications graves et les séquelles. Or selon une étude menée par le Syndicat national de Cardiologie, les délais de prise en charge s'allongent avec un délai moyen d'attente pour consulter un cardiologue de 110 jours (versus 50 jours en 2018) en France dans un contexte de démographie médicale défavorable (180 nouveaux arrivants pour 240 départs). Les inégalités d'accès aux soins sont plus marquées pour les soins en cardiologie qu'en médecine générale avec de fortes inadéquations inter-régionales avec une densité moyenne de 9.4 cardiologues/100 000 habitants, la densité varie dans un rapport de 2.4 à 1 entre la région la plus favorisée (14.6) et les régions les plus démunies (6.1). De plus, les professionnels au sein des territoires ne sont pas suffisamment formés aux pathologies cardio-vasculaires pour permettre la réalisation de certains actes techniques nécessaires à la prise en charge.

Les conséquences se traduisent pour les personnes vulnérables par : des admissions inappropriées de résidents en EHPAD aux services des urgences (3^{ème} cause d'admission pour les résidents en EHPAD), un accès difficile ou un nonaccès pour les patients atteints de maladie psychiatrique (certains traitements thérapeutiques comportent des risques cardiovasculaires) ou en détention (19,3% des demandes de consultations non urgentes nécessitant une extraction médicale concernent la cardiologie).

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation vise à garantir l'accès aux soins cardiologiques des patients exposés à des difficultés (offre de soins territoriale insuffisante, résidents en EHPAD, population carcérale, patients sous thérapeutique psychotrope complexe). Elle doit permettre une réponse rapide à une demande de soins de spécialité non programmés au titre d'une pathologie rapidement évolutive ou nécessitant une prise en charge à très court terme et une coordination des soins spécialisés avec les effecteurs de premier recours, en particulier les médecins généralistes en articulation avec les services hospitaliers spécialisés.

L'expérimentation s'appuie sur une équipe de soins spécialisés en cardiologie et la télémedecine.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité organisationnelle

Le projet soumis est recevable en ce qu'il propose d'organiser la prise en charge des pathologies cardiovasculaires des populations exposées à des difficultés d'accès (offre de soins territoriale insuffisante, résidents en EHPAD, population carcérale, patients sous thérapeutique psychotrope complexe) par des équipes de soins spécialisées en cardiologie, équipes mobiles pluridisciplinaires

constituées par des professionnels libéraux et hospitaliers, avec une prise en charge coordonnée ville hôpital domicile s'appuyant sur des pratiques avancées et des outils de télémédecine. .

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles de rémunération des établissements de santé, professionnels de santé en introduisant quatre forfaits par patient (évaluation, télécardiologie, plan personnalisé de soins, coordination et éducation thérapeutique). A ce titre, il déroge aux articles, L.162-1-7, L.162-1-9, L.162-12-9, L.162-22-6 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale et incluant également des prestations non prises en charge, dérogation au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS ;

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée nationale et concerne les régions Auvergne Rhône Alpes, Centre Val de Loire, Nouvelle Aquitaine et Pays de Loire.

Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans à compter de l'inclusion du premier patient. Une période de préparation à l'inclusion de 6 mois est prévue après l'autorisation de l'expérimentation.

Modalités de financement du projet

Le modèle de financement combine un financement à la dotation et un financement à la séquence de soins et au forfait par patient en fonction de la phase de la prise en charge du patient (de l'évaluation de la demande de la prise en charge au suivi du parcours de soins personnalisé).

La dotation couvre les frais de structure fixes des équipes de soins spécialisées et des équipes mobiles qui se déploient progressivement sur les 3 années de l'expérimentation.

L'expérimentation prévoit la mise en place de 4 forfaits à la séquence, forfaits substitutifs du droit commun pour une file active de patients de 12 150 patients :

Forfait	Durée couverte par le forfait	Montant par patient
Forfait 1 – Evaluation de la demande du requérant	Une année	23.00€
Forfait 2 – Télécardiologie	Dix jours et renouvelable deux fois maximum	165.00€
Forfait 3 – Plan personnalisé de soins	Une année	150.00€
Forfait 4 – Coordination	Une année	113.00€

Le besoin de financement au titre de la prise en charge par le fonds pour l'innovation du système de santé s'élève à de 7 034 641€. Des coûts d'amorçage et d'ingénierie de projet sont évalués à 1 619 651€. La répartition annuelle prévisionnelle est prévue comme suit :

	Année 1, y compris amorçage	Année 2	Année 3	TOTAL
File active	2 150	4 100	5 900	12 150
FISS prestations dérogatoires	1 064 430€	1 851 117€	2 499 443€	5 414 990€
FISS crédits amorçage et ingénierie	858 575€	513 614€	247 462€	1 619 651€
Total	1 923 005 €	2 364 731 €	2 746 905 €	7 034 641 €

Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

Le nombre prévu de patients (12 150 patients), les quatre territoires d'expérimentation (régions Pays de la Loire, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes), comme la durée de l'expérimentation de 3 ans et demi (42 mois) apparaissent suffisants pour observer les éventuels impacts liés aux nouvelles modalités de prise en charge mises en place dans le cadre du dispositif expérimental.

L'expérimentation vise à développer des Equipes de Soins Spécialisés en Cardiologie et Télémédecine (E.S.S.C) qui auront pour objectif de structurer et de participer à la prise en charge coordonnée entre les acteurs de soins des 1er, 2ème et 3ème recours, des parcours de soins et de santé des pathologies cardiovasculaires, et ce afin entre autres de diminuer les inégalités d'accès aux soins, et « d'optimiser l'efficacité et la qualité des prises en charge ».

L'évaluation cherchera à observer comment le dispositif se met en place, sa capacité à atteindre les objectifs définis dans le cahier des charges et les possibilités de son déploiement à une plus grande échelle. Elle permettra notamment d'éclairer les éléments suivants :

Concernant la faisabilité, l'opérationnalité du dispositif :

- La montée en charge de l'expérimentation au travers notamment du nombre de patients inclus par les E.S.S.C et leur répartition géographique ;
- La montée en charge du dispositif au travers notamment du nombre de professionnels ayant rejoint une E.S.S.C (effectifs en place/effectifs prévisionnels) ;
- La structuration d'un maillage régional et/ou territorial de cardiologues volontaires au sein d'E.S.S.C permettant d'intervenir dans des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou peu accessible ;
- L'implication effective du patient dans son parcours de soins (autosurveillance et/ou télésurveillance) ;
- La pertinence des outils de gestion déployés pour la mise en œuvre de l'expérimentation (outil de gestion des demandes formulées à l'ESSC, outil de coordination des parcours, outil de facturation etc.) ;
- La visibilité du dispositif sur les territoires et notamment pour les professionnels du 1er recours ;
- L'amélioration de la connaissance des populations (répartition géographique des patients inclus, taux de patients relevant de zones sous-denses, etc.) ;

Concernant l'efficacité et l'efficience :

La pertinence du modèle de financement et du dimensionnement des forfaits pour mettre en œuvre l'expérimentation ;

L'amélioration du parcours de soins et de la qualité de vie des patients :

- La capacité du dispositif à inclure des patients en situation complexe (polypathologies et/ou isolement social) ;
- L'amélioration (facilité, fluidité, délais) du parcours de soins des patients (formalisé à travers le parcours personnalisé de soins et/ou de santé) quel que soit le territoire de santé grâce à l'intégration du Case-manager au sein de l'E.S.S.C ;
- Le renforcement du dépistage et de la prise en charge précoce des facteurs de risques ;
- La capacité du dispositif à intégrer des patients relevant des zones sous-denses ;
- Le niveau de l'expérience vécue par les patients et les aidants à travers les dispositifs proposés ;
- L'adaptation des différentes modalités de télémédecine : téléexpertise, téléconsultation, téléconsultation assistée, télésurveillance / télésuivi, télécardiologie augmentée ;
- La mise en place effective d'actions de communication active.
- La coordination des soins :
- Le renforcement de la coordination et de la collaboration (en complémentarité avec l'offre existante notamment le médecin traitant) entre les professionnels d'E.S.S.C, de médecine de ville, de structures sanitaires ou médico-sociale, et les libéraux d'un même territoire ;
- Le niveau de collaboration avec les S.A.S

La promotion de l'exercice de la cardiologie et le développement des compétences :

- La capacité du dispositif à agir en faveur de l'attractivité de l'exercice de la cardiologie en permettant une amélioration des conditions d'exercice des cardiologues ;
- La capacité du dispositif à animer une communauté « professionnelle » et à créer un centre de « Ressources en cardiologie » ;
- La montée en compétence des professionnels des E.S.S.C au regard des formations prévues dans le cahier des charges et la mise en œuvre de la délégation de tâches ;
- L'acculturation des professionnels à la télémédecine ;
- L'expérimentation et l'appropriation des solutions de télémédecine par les professionnels en vue d'optimiser l'expertise cardiologique ;

La préservation de l'environnement avec la diminution des déplacements ;

Concernant la reproductibilité du dispositif :

- Les différences de mise en œuvre du dispositif dans les différentes régions/départements de l'expérimentation ;
- Les économies réelles réalisées par ce dispositif et leur comparaison avec les frais engendrés par la mise en place du dispositif (gain de temps pour les soignants, réduction des délais de prise en charge et du recours aux urgences, ...) ;
- L'impact budgétaire d'une généralisation du dispositif, notamment la diminution des dépenses de santé (coûts de santé au travers de l'amélioration de l'efficacité des prises en charge, coût de formation des professionnels)...

Avis sur le projet d'expérimentation :

- *faisabilité opérationnelle* : ce projet est porté par le Syndicat national des cardiologues et validé par le CNP de cardiologie. Etant donnée l'implication des acteurs nationaux et régionaux dans l'élaboration du cahier des charges tant dans sa conception que dans l'identification des outils (protocoles, formation, outils numériques et de télémédecine) l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais proposés.
- *caractère efficient* : Les résultats attendus à court terme sont la diminution du nombre d'admissions non pertinentes des résidents en EHPAD aux services d'urgence, la réduction des hospitalisations non programmées, une amélioration du suivi des patients atteints de pathologies cardiaques avec une réduction des décompensations aiguës.
- *caractère innovant* : l'expérimentation permet de tester un modèle de prise en charge coordonnée ville hôpital s'appuyant sur les pratiques avancées, des outils numériques l'intelligence artificielle et une gestion des risques avec un suivi régulier des équipes de soins spécialisés selon une méthode d'accompagnement intégrative. Elle introduit un nouvel usage de télécardiologie. Celui-ci permet à un cardiologue d'interpréter à distance de manière asynchrone (parfois synchrone) un bilan qu'il a prescrit et qui a été réalisé par l'IDE de l'équipe de soins spécialisée.
Le modèle de financement est modulable en fonction du parcours de l'utilisateur.
- *reproductibilité* : le parcours et l'organisation proposés sont bien définis et protocolisés avec une description claire des ressources nécessaires, du temps et du rôle des intervenants. Le suivi régulier des indicateurs d'activité en plus des indicateurs d'évaluation, permettra d'observer en détail les différents aspects de la mise en œuvre ainsi que l'adéquation des ressources aux besoins et de faire des ajustements et adaptations de manière très réactive. Cela pourrait favoriser la reproductibilité dans d'autres régions voire à d'autres pathologies dès lors que les conditions observées pourront être appliquées.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation par les Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire

Rapporteuse Générale