

LA LETTRE DE LA Télécardiologie®

N° 42 DÉCEMBRE 2011

www.lalettredelatelecardiologie.fr



«Il faut sortir de la suspicion du 'toujours plus' pour affirmer le 'mieux-disant qualitatif'»

Docteur Jacques Lucas

Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins, chargé des Systèmes d'Information en Santé



Accédez directement à la Lettre avec une application QR code pour Smart Phone



Suivez-nous aussi sur twitter : @Telecardiologie



Initiative commune

Le CNOM¹ et le CNPC² cosignent une charte de bonnes pratiques de la télécardiologie

La charte pour la télésurveillance des prothèses implantées en rythmologie que viennent de publier le CNOM, et le CNPC, représentant à parité la Société Française de Cardiologie et le Syndicat National des Spécialistes des Maladies du Cœur et des Vaisseaux, marque une nouvelle avancée pour la télécardiologie.

Nous avons demandé au Dr Jacques Lucas et au Pr Jacques Clémenty de commenter cette initiative.

Dr Jacques Lucas, comment le CNOM se positionne-t-il sur l'«e-santé» ?

«L'«e-santé» n'est qu'un vocable et il n'y a aujourd'hui que la télémédecine qui fasse l'objet d'une organisation légale et réglementée de son exercice. Le CNOM est attentif aux innovations dans ce domaine et cherche à clarifier les usages sous l'angle de la déontologie. D'une façon générale, nous pensons que des protocoles de bonnes pratiques de la télémédecine doivent être préparés par les professionnels eux-mêmes par grands champs de disciplines, et avec le concours du Conseil de l'Ordre pour ce qui relève de leurs missions déontologiques.

Pourquoi une charte ?

Dans le processus de prise en charge de l'acte de télécardiologie, il était nécessaire que les instances chargées des conditions financières sachent que les professionnels de cardiologie

et le Conseil de l'Ordre sont à l'unisson. Nous le faisons dans d'autres disciplines lorsque les conditions d'avancées significatives sont réunies.

La télécardiologie a franchi les étapes de validation par les études et le cadre juridique et réglementaire ayant été fixé, le volet financier est la dernière barrière à franchir. La décision de la prise en charge de l'acte est entre les mains de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), de l'Assurance Maladie, et de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Nous souhaitons que cette charte puisse conforter le processus en cours en exprimant la ferme conviction des médecins de la justesse et de la légitimité de la télésurveillance des prothèses cardiaques.

Quelle prise en charge peut-on espérer ?

Il s'agit de ne pas alourdir les dépenses de santé ; notre démarche est responsable. Il faut sortir ►

1 Conseil National de l'Ordre des Médecins - 2 Conseil National Professionnel de Cardiologie



“ Notre démarche est responsable... ”

«...le partage de responsabilités conduit à un partage de rémunérations, et non à leur empilement.»



Professeur Jacques Clémenty

Président de la Commission Télémédecine de la Société Française de Cardiologie

Une charte pour faire avancer la demande d'acte

► de la suspicion du « toujours plus » pour affirmer le « mieux-disant qualitatif » que cette technologie propose. Toutes les conditions sont réunies pour réaliser des économies à grande échelle sur l'ensemble du suivi, à qualité de soin égale, voire meilleure.

Partage des responsabilités, partage de rémunérations ?

Sur cette question, je crois en effet que la gestion des données télétransmises et donc la responsabilité afférente, est centrale. Si pour les défibrillateurs, les cardiologues sont unanimement en faveur d'un suivi par les centres, pour les stimulateurs en revanche la question de recevoir ou non les données, fait débat, mais doit être éclaircie pour établir la juste rémunération.

Mon point de vue est que la télésurveillance de la prothèse soit assurée par le centre, et le suivi du patient par le cardiologue traitant. Ceci au regard notamment des responsabilités éventuelles qu'il ne faut pas négliger, mais aussi d'une répartition bien comprise des tâches. Ainsi, le partage de responsabilités conduira à un partage de rémunérations, et non à leur empilement.

Mais il faut aussi prendre en compte le coût des infrastructures et de l'organisation sans lesquels la télémédecine resterait lettre morte. À cet égard, la prise en charge des implants suivis en téléc@rdiologie a ouvert une voie qu'il convient à présent de compléter par la prise en charge des actes.» ■

« Il faut souligner la convergence de tous autour de l'objectif commun de donner rapidement à la téléc@rdiologie sa feuille de route. »

Comment est née l'idée de la Charte ?

« Le 21 octobre dernier, nous avons invité le Docteur Jacques Lucas à participer à une réunion de notre groupe de télémédecine à la SFC. L'accord a été vite trouvé autour de la nécessité d'une charte de bonnes pratiques.

La démarche collégiale avec le CNPC et le Conseil de l'Ordre s'établit sur le constat que malgré la loi HPST³, le décret d'application « Télémédecine », le rapport Lasbordes et les études de non infériorité (voir COMPAS, ECOST et EVATEL), la téléc@rdiologie n'a pas encore reçu la reconnaissance d'acte de télémédecine.

La demande a été faite par le CNPC auprès de l'UNCAM⁴ et de la HAS. Mais il nous a semblé utile de formaliser sans attendre notre accord sur les « bonnes pratiques » pour affirmer notre volonté de voir se concrétiser la démarche.

En quoi consistent ces bonnes pratiques ?

« Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement... », une charte de bonnes pratiques doit être une synthèse courte et comme son nom l'indique pratique. Elle s'appuie sur l'expérience et le concours du Pr Salem Cacet, du Dr Laurence Guédon-Moreau, du Dr Christian Ziccarelli, du Dr Arnaud Lazarus, du Dr Jacques Lucas et de moi-même.

Outre le rapport contractuel entre le centre de rythmologie et le tiers technologique (l'industriel), des contrats doivent se mettre en place entre le patient, le cardiologue et le centre où chacun a sa place. L'organisation des soins qui résulte d'une histoire et de relations humaines est variée. Il faut un cadre structurel contractuel, mais aussi une souplesse d'application, qui tiennent compte de la répartition des tâches existantes (réseaux public/privé, cardiologues

implanteurs, etc.) et des souhaits des médecins d'être ou non impliqués.

L'important est aussi que le patient connaisse le rôle de chaque intervenant et sache vers qui se tourner en cas de problème.

Qui est concerné par ce contrat ?

La mise en place d'un contrat est la pierre angulaire des bonnes pratiques entre le centre, le cardiologue et le patient. Il est essentiel que le patient implanté soit parfaitement informé, non seulement de l'acte thérapeutique pratiqué sur sa personne, mais aussi de ce qu'il doit faire en cas d'alerte et qui contacter. Cette information doit prendre la forme d'un document remis lors du passage au centre d'implantation qui engage les parties. Cet accord est à distinguer de l'engagement du tiers technologique qui doit quant à lui assurer la fiabilité et la confidentialité des données, ainsi que la maintenance de son système.

Quels sont les blocages ?

La demande d'acte est en cours, et notre préoccupation se tourne vers l'évolution du cadre de la prévention des hospitalisations et de l'organisation des soins, compte tenu de la dépopulation médicale. Ceci se fera par l'étude des données médico-économiques de l'Assurance Maladie (cf. résultats étude ECOST) qui permettront des conclusions pratiques sur le sujet.

Grâce à ces données en effet, de nouvelles avancées pourront s'opérer comme, par exemple, imaginer des organisations nouvelles avec des paramédicaux, des infirmier(e)s, des médecins généralistes, etc.

L'enjeu financier est donc l'objectif ?

Oui, si le financement était réglé, la téléc@rdiologie pourrait s'étendre, et commencer à générer des économies pour un meilleur suivi des patients. Nous avons la certitude que les deniers publics seront mieux employés, tant du côté hospitalier que libéral, sur le principe suivant : « pas de double emploi » des ressources, en plaçant chaque intervenant à sa place. » ■

3 Hôpital Patient Santé Territoire - 4 Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie



“...un cadre structurel contractuel avec une souplesse d'application...”