

Retour d'Expérience

Télésurveillance à domicile



Améliorer la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et réduire les ré-hospitalisations en Basse-Normandie

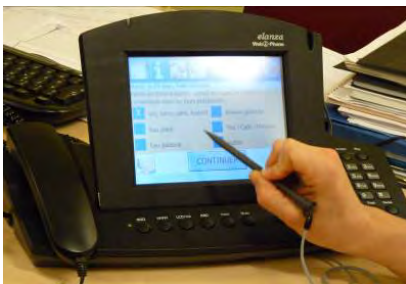
○ Objectif : éduquer le patient à sa prise en charge

Dans une région à faible densité de population où le nombre de séjours pour maladie cardio-vasculaire chez les plus de 75 ans est le plus élevé de France, les cardiologues ont souhaité organiser la prise en charge de l'insuffisance cardiaque. De là est née l'APRIC (Amélioration de la Prise en Charge de l'Insuffisance Cardiaque) dont le but est de simplifier le suivi de patients très dispersés et d'éviter les ré-hospitalisations inadéquates et coûteuses.

C'est un voyage d'études organisé par la CPAM au Canada en 2006 qui est à l'origine du projet. Le service du Professeur Grollier du CHU de Caen y voit l'opportunité de reproduire un projet opérationnel. Le constat est que **54% des hospitalisations d'ICC sont évitables** pour peu que l'on réalise le suivi et qu'on développe l'éducation thérapeutique du patient à sa propre prise en charge.

Un projet de suivi systématisé des patients à domicile se met ainsi en place avec mise à disposition d'un terminal téléphonique, le Webiphone, qui permet d'assurer le suivi du patient et l'entraîne quotidiennement à son éducation thérapeutique. Le patient, formé à l'utilisation du terminal, et dont le consentement libre et éclairé est recueilli, donne alors accord à son cardiologue et médecin traitant pour qu'ils accèdent aux informations recueillies via le terminal. Une évaluation est faite pour chaque patient au bout de 3 mois.

Il ne s'agit pas d'un système d'urgence mais bien d'éviter les décompensations en conseillant voire en déclenchant des consultations avec le médecin traitant et/ou le cardiologue de ville.



La saisie par le patient sur le Webiphone

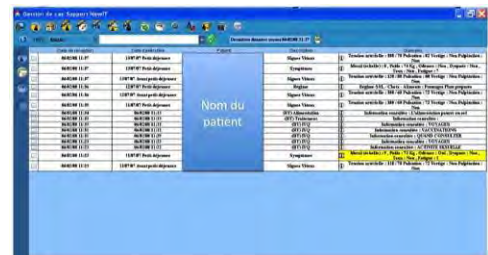
○ Moyens : une technologie simple, un algorithme paramétrable à volonté

Ce qui a séduit les professionnels, c'est tout d'abord la **robustesse du dispositif**. Seule une ligne téléphonique est nécessaire. Dans un département où l'ADSL est loin d'être la règle, c'est indispensable ! L'ergonomie du terminal est simple : un écran tactile avec de grosses icônes pour les réponses à saisir par le patient. Priorité à la simplicité pour un apprentissage minimum. Le système n'est pas contraignant : le patient y accède quand il le souhaite dans la journée. L'interrogation du patient par le terminal se fait selon un cycle hebdomadaire :

- signes vitaux : lundi, mercredi, vendredi ;
- règles hygiéno-diététiques : mardi, jeudi ;
- entraînement à l'effort : samedi ;
- suivi psychologique : vendredi soir.

La simplicité d'utilisation de cet outil cache un algorithme logiciel puissant, modifiable à volonté par l'établissement et qui donne à l'outil toute sa dimension éducative. Les réponses du patient peuvent donner lieu à des alertes de différents niveaux :

- jaune = contrôle à réaliser par le patient lui-même
- orange = contact téléphonique de l'infirmière voire envoi vers le médecin traitant
- rouge = alerte centre 15.



Le suivi des alertes par l'infirmière

Des infirmières formées à l'utilisation du SEDIC (Suivi Educatif à Domicile dans l'insuffisance Cardiaque) suivent leurs patients dans chaque centre hospitalier sur un terminal dédié qui leur remonte les informations saisies par le patient, les actions d'éducation réalisées, les données médicales du patient (dont les signes vitaux) et les alertes qui ont été générées automatiquement.



Suivre et éduquer les patients à distance

Retour d'expérience

L'identification des patients cibles (screening) est essentielle à la réussite du projet.

La simplicité et la facilité d'utilisation de la solution priment. Elles conditionnent l'appropriation du système par le patient.

C'est au patient d'aller au terminal au moment où il le souhaite. L'inverse aboutirait à un rejet du système.

Les infirmières sont au premier plan dans la réussite du projet. Elles ont fait évoluer leurs compétences et leur métier pour offrir un nouveau type de service.

L'outil doit être largement paramétrable pour s'adapter à la pathologie concernée et aux différents profils de patients.

La solution est largement exportable à d'autres pathologies.

Gains obtenus

Diminution des ré-hospitalisations d'ICC très coûteuses.

Amélioration continue des paramètres pronostiques et optimisation du traitement médical. Développement de la connaissance de la maladie, des signes d'alerte, des règles hygiéno-diététiques et de la qualité de la vie.

Allongement du délai avant hospitalisation pour insuffisance cardiaque.

Satisfaction des patients : « Moi, heureusement que j'ai eu cette boîte sans laquelle je ne me serais occupé de rien ! »

Mise en œuvre

- Pilote en 2006, déploiement depuis avril 2009 avec 90 patients ;
- 150 terminaux Webiphone ;
- Sous-traitance de l'installation chez les patients ;
- Un serveur de l'établissement pour le suivi par les infirmières.

« Développer l'éducation thérapeutique c'est diminuer de moitié le risque de ré-hospitalisation »

Les établissements concernés

Projet conduit par :

- le CHU de Caen (Pr Grollier, Belin, Sabatier)
- le CH de Trouville /Mer
- le CH William Harvey

Comprend aujourd'hui 4 hôpitaux et 2 Centres de Rééducation avec 30 cardiologues et 30 infirmières, 2 autres CH vont les rejoindre d'ici 2010

Le projet

Suivi Clinique à Domicile (SCAD)

90 patients équipés depuis avril 2009 en Basse-Normandie. 500 patients prévus en 2010, nombre suffisant pour valider scientifiquement le modèle par un organisme externe.

Coût total estimé du projet : 600€ par patient suivi sur 12 semaines

En savoir plus...

Contacts :

Infirmière : Ulricke SALLOT
sallot-u@chu-caen.fr

Médecin : Rémi Sabatier
sabatier-r@chu-caen.fr