

## La place des paramédicaux dans la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque en 2024

**Date :** Mars 2024

**Autrice :** Armelle DUCHENNE - Cadre supérieur de santé - Cheffe de projet Art51-CECICS - Parcours des patients insuffisants cardiaques sévères - Direction de la Stratégie et de la Transformation - Assistance publique - Hôpitaux de Paris

**Sujet :** implications de l'entrée dans le droit commun pour les paramédicaux dans la télésurveillance de l'insuffisance cardiaque

**Mots clés :** télémédecine, télésurveillance (TLSm), télésanté, télésoin, opérateur et fournisseurs de télésurveillance, tiers, accompagnement thérapeutique, filtrage d'alerte

Vouloir comprendre ce qu'est la pratique de la télésurveillance (TLSm) en insuffisance cardiaque (IC) et ce qu'elle peut être pour chacun de nous aujourd'hui, doit nous inviter à comprendre l'esprit et le cadre dans lequel elle s'est inscrite. En France, l'histoire commence<sup>1</sup> par la création dans le Code de la santé publique (CSP) d'un chapitre 6 : Télémédecine<sup>2</sup>. Un nouvel agir médical possible.

Cet article L. 6316-1 pose les notions fortes, situant un périmètre qu'il convient de ne pas oublier : « La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient ». Autre point : les conditions de mise en œuvre doivent tenir compte des déficiences de l'offre de soins et de l'isolement géographique.

Vouloir comprendre maintenant ce qu'est la pratique des paramédicaux dans la télésurveillance en insuffisance cardiaque nécessite de se pencher sur la suite de l'histoire réglementaire.

Dans le contexte du confinement général pour la COVID, le télésoin<sup>3</sup> se propulse au-devant de la scène comme modalité de maintien d'une continuité de soins y compris paramédicaux. Le 3 juin 2021, un décret va alors venir modifier le chapitre VI et entériner dans la réglementation le concept de télésanté.

Retenons : la télésanté devient la composition de deux domaines d'activité :

- La télémédecine pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical,
- Le télésoin pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical.

<sup>1</sup>Art. 78 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 ; puis en décembre 2011 Cardiauvergne, service de télésurveillance et de coordination des soins, supporté par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

<sup>2</sup>Site <https://www.legifrance.gouv.fr> – Dernière modification 27 juillet 2019

<sup>3</sup>Article L6316-2 du CSP : « Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences prévues au présent code ».



Ces nouvelles réglementations ouvrent simplement, mais efficacement pour tout professionnel de santé, la possibilité d'amener au plus près du patient le niveau de soins dont il a besoin<sup>4</sup>. Se situant respectivement à l'endroit de l'exercice habituel de chacun, le télésuivi est au télésoin ce que la télésurveillance est à la télémedecine.

Une succession d'autres textes ont permis le développement de la TLSm. Le premier, l'article 36<sup>5</sup> a fait naître le programme ETAPES, période d'expérimentation de grande échelle qui aura duré six ans<sup>6</sup>. Quatre pathologies chroniques ont été visées en priorité dont l'insuffisance cardiaque et les prothèses cardiaques implantables, avec pour chacune un cahier des charges précis publié au Journal officiel. Au sortir des premières vagues COVID, projetant de pouvoir même éviter la première hospitalisation pour décompensation cardiaque, l'arrêté du 23 décembre 2020 ouvrira ETAPES à tout patient IC sans obligation d'hospitalisation récente, simplifiant ainsi l'accès à deux conditions biocliniques : NYHA $\geq$ 2 et NT-pro-BNP > 1000 ng/L (BNP > 100 ng/L). Un an plus tard, la généralisation par un passage en droit commun est validée par le gouvernement, maintenant ETAPES jusqu'aux textes définitifs.

Désormais, l'Arrêté du 22 juin 2023<sup>7</sup> constitue en grande partie le cahier des charges de la TLSm IC. Nous devons caler nos manières de télésurveiller sur ces règles. Elles sont opposables à tous<sup>8</sup>. Nonobstant, cet arrêté fait référence à d'autres textes précisant que quiconque intervient dans cette télésurveillance doit connaître :

- Les articles des Codes de la santé publique et de la sécurité sociale,
- Les décrets de décembre 2022,
- L'avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 21 mars 2023<sup>9</sup>,
- La décision du 20 février 2023 fixant la participation de l'assuré à 40%,
- L'arrêté du 16 mai fixant le tarif du forfait opérateur à 28€.

Depuis janvier 2024<sup>10</sup>, deux niveaux de majorations sont possibles pour couvrir le temps qu'implique la gestion de grandes sévérités ou de complexité de l'IC de certains patients.

La TLSm IC n'est pas un acte instantané. Visant en premier lieu la gestion anticipée de décompensations cardiaques, elle va se dérouler des jours, des mois durant, voire même plusieurs années pour les patients les plus instables et fragiles. Elle va permettre d'actionner de nombreux leviers de prévention et se dérouler selon un continuum d'actions qui relèvent parfois exclusivement de l'exercice médical - décision d'inclusion, prescription de la TLSm, gestions médicales des décompensations - et parfois d'autres actions

<sup>4</sup>Code de déontologie médicale dans les articles R.4127-1 à R.4127-112 du CSP (décret n° 2012-694 du 7 mai 2012) ; Code de déontologie des infirmiers par décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 ; Charte de déontologie du Diététicien Nutritionniste – AFDN 2014

<sup>5</sup>En référence à l'art. 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014, prolongé par l'art. 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

<sup>6</sup>ETAPES : Expérimentations de Télémedecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé - « ETAPES Télémedecine : Rapport au parlement - Novembre 2020 » pour des patients pris en charge en médecine de ville, en établissement de santé ou en structure médico-sociale.

<sup>7</sup>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 (télésurveillance médicale du patient insuffisant cardiaque chronique - NOR : SPRS2317277A)

<sup>8</sup>Règles de TLSm IC : déclaration d'activité auprès des ARS via la plateforme démarche-simplifié, critères d'inclusion et de non inclusion, éléments de consentements à vérifier, durée possible de prescription 1 à 6 mois renouvelable, transmission minimal du poids 4 fois par semaine, lecture des alertes 2 fois par semaine, etc.

<sup>9</sup>Avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé sous forme de référentiel pour la télésurveillance insuffisance cardiaque.

<sup>10</sup>Arrêté du 21 décembre 2023 modifiant l'arrêté du 16 mai 2023 fixant le montant forfaitaire de l'activité de TLSm prise en charge par l'assurance maladie prévu aux II et III de l'article R. 162-95 du CSS, ainsi que les modulations applicables et la périodicité de leur révision.



pouvant relever de l'exercice paramédical telles que l'accompagnement souvent réduit à l'ATP - pour thérapeutique - mais loin d'en être que cela, toutes les dimensions du *care* sont invitées à s'exprimer chaque jour dans cette TLSm IC, comme de coutume dans l'exercice quotidien de nos métiers soignants.

La relation d'aide, le dépistage de fragilités, l'information et l'éducation à la santé, la prévention des ruptures de soins, le renforcement des capacités personnelles, tout ce qui relève des composantes bio-psycho-sociales des soins utiles aux patients atteints d'insuffisance cardiaque est dans les faits le plus souvent assuré par des infirmiers qui se sont spécialisés à divers degrés dans la TLSm et l'IC.

À toute règle ses exceptions. Mais dans l'exercice de nos professions réglementées, seule la règle autorise de déroger à la règle. C'est ainsi que la loi HPST avait prévu de pouvoir déléguer des actes d'un corps professionnel à un autre dans le domaine de la santé. La condition : rédiger et faire valider par des experts et autorités compétentes du domaine un protocole de coopération décrivant précisément les actes transférés et leurs conditions de transfert. Concernant la TLSm IC, ce protocole existe depuis 2019<sup>11</sup> avec 26 équipes adhérentes réparties dans toutes les régions aujourd'hui qui exercent en pratique courante. À ce jour, le transfert est autorisé de cardiologues vers des infirmiers spécialisés en insuffisance cardiaque (ISPIC) spécifiquement formés<sup>12</sup>. Les actes concernés vont de la décision d'inclusion et la prescription de la télésurveillance à la gestion résolutive des décompensations dans des limites d'actions autonomes au regard d'éléments biocliniques précis. Si les textes réglementant la TLSm ont changé, ce protocole de coopération IC autorise toujours ces cinq actes dérogatoires liés à la TLSm :

- Poser l'indication,
- Prescrire la télésurveillance,
- Décider de la conduite à tenir selon des arbres décisionnels,
- Assurer une (télé)consultation précoce si besoin,
- Orienter.

Les infirmiers en pratique avancée (IPA) ont vu le jour également entre 2018 et 2019. D'une part, ces infirmiers développent lors de leur formation - pathologies chroniques stabilisées – et au fil de leur exercice, des compétences relevant du champ médical, dans les limites de ce que leurs textes réglementaires leur permettent. D'autre part, c'est le contexte dans lequel ils exercent qui détermine les caractéristiques de leurs pratiques. Pour la TLSm IC, leur implication est ainsi très variable au regard des choix organisationnels qu'ils font avec leurs collaborateurs médicaux et paramédicaux et des clauses de revoyure définies dans leur protocole d'organisation.

Ainsi, il revient de la responsabilité de chacun de s'assurer du périmètre précis dans lequel il exerce, du point de vue de ses compétences et des règles qui lui sont fixées, jusqu'où il peut aller en sécurité. **Accompagner le Bon patient en Conformité, Débrouiller les alertes en Equipe, puis... Facturer.**

---

<sup>11</sup>Arrêté du 27 décembre 2019 relatif à l'autorisation du protocole de coopération national (PCN) : « Télésurveillance, consultation de titration et consultation non programmée, avec ou sans télémedecine, des patients traités pour insuffisance cardiaque, par un infirmier » - NOR : SSAH1936424A

<sup>12</sup>Demandes de certaines équipes d'ouverture du PCN pour des délégués médecins en re-certification et/ou des délégués pharmaciens.



L'accompagnement thérapeutique devient un élément constitutif de la TLSm IC. Il est surtout décrit dans l'avis de la HAS. La plupart des notions reste inchangées au regard d'ETAPES : l'ATP s'adresse au patient et ses aidants, il est différent de l'ETP<sup>13</sup> en cela que l'un et l'autre doivent pouvoir se compléter, tout format d'animation est possible, etc. Le nombre de séances n'est plus figé mais vous êtes invités à accentuer vos efforts en début de télésurveillance pour optimiser les effets recherchés par l'adhésion à cette modalité de soin pour optimiser l'observance.

Identifier le bon patient, c'est-à-dire celui ou celle qui tirera le meilleur parti de la TLSm au-delà des critères imposés d'inclusion dans l'arrêté de juin est aussi précisé dans l'avis de la HAS<sup>14</sup>. Il convient à l'inclusion de s'interroger sur les objectifs que l'équipe vise en priorité pour ce patient et au renouvellement de vérifier si ces objectifs ont été atteints, s'ils restent d'actualité, s'il faut en fixer d'autres. Le rôle des infirmiers ou autres paramédicaux impliqués sera alors d'apporter leur regard complémentaire sur des éléments psychosociaux, de contexte, ou d'habitude de vie qu'ils sauront être des éléments importants à prendre en compte pour son accompagnement.

Débrouiller les alertes en équipe : un terme qui permet d'embarquer tous les sujets de cette importante notion qui sème tant de trouble et de confusion entre les acteurs. Pour débrouiller, il s'agit de commencer par le choix et la définition des algorithmes. Cette partie est de la responsabilité de l'opérateur - médecin télésurveillant – mais implique *de facto* le fournisseur de la solution qu'il choisit et toute personne susceptible d'intervenir à l'endroit du pré-filtrage. Cette action consiste à qualifier la véracité de l'alerte, c'est-à-dire vérifier que l'algorithme n'a pas pu se tromper.

La gestion de l'alerte, au moment où elle apparaît, commence alors par sa qualification. Dès lors, un raisonnement clinique est nécessaire. Il peut être initié par un infirmier qui pourra évaluer la situation globale du patient et dépister un certain degré d'urgence. Ensuite, selon l'organisation établie, l'ISPIC, l'IPA, ou le médecin télésurveillant déterminera si le patient est en décompensation cardiaque et à quel degré de sévérité. Il recherchera son ou ses facteurs déclenchants et le type d'action nécessaire pour les traiter. Il décidera du traitement nécessaire, le prescrira ou demandera un avis si la situation ne lui permet pas d'agir seul au regard de ses propres connaissances, compétences et qualifications. Enfin, la surveillance renforcée jusqu'à la résolution de cet épisode aigu sera dans tous les cas le plus souvent le rôle de l'infirmier.

Il poursuivra par cette vigilance continue, celle qui permet à l'équipe de suivre le patient au plus près, de l'accompagner au plus proche de ses besoins et de réagir au plus vite.

---

<sup>13</sup> ETP : Education Thérapeutique / ATP : Accompagnement thérapeutique

<sup>14</sup> Non détaillé ici, la décision de mise en place de la télésurveillance étant médicale et l'objet de cet article étant la place des paramédicaux.

