



L'accès des territoires à l'expertise médicale : exemple du télé-AVC dans les groupements hospitaliers de territoire

Marie Hervieu-Bègue
Benoît Delpont
Christelle Blanc-Labarre
Guy-Victor Osseby
Maurice Giroud
Yannick Béjot
Unité de Télé-AVC,
unité de soins intensifs
neurovasculaires, CHU
Bourgogne, Dijon

Le problème de la disparité de l'offre et de l'accès aux soins se pose avec acuité en France, pour trois raisons : d'une part le vieillissement de la population, qui engendre une augmentation de la consommation de soins ; d'autre part l'isolement des patients dans les zones rurales qui n'ont pas bénéficié de l'aménagement du territoire ; et enfin le non-renouvellement démographique des médecins généralistes et spécialistes.

Forts de ces constats, parmi toutes les solutions possibles, nous en identifions en particulier trois qui peuvent apporter une réponse efficace : la télémédecine, la réforme territoriale en groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les réseaux de soins.

Le rôle irremplaçable de la télémédecine pour l'accès aux soins et à l'expertise médicale

La réalité des inégalités d'accès à l'offre de soins et à l'expertise médicale

La notion d'inégalités géographiques d'accès aux soins s'est durablement imposée en France dans les années 2000. Le développement de consultations programmées en médecine générale, la baisse des effectifs médicaux expliquent l'orientation massive de demandes de soins non programmés vers les urgences hospitalières.

Malgré cette nouvelle organisation, le vécu d'une réelle difficulté d'accès aux soins s'est imposé dura-

Bénéfices de la télésurveillance des maladies chroniques : le cas du diabète

Sylvia Franc
Docteur en médecine, vice-présidente du Centre d'études et de recherches pour l'intensification du traitement du diabète (CERITD) ; praticien hospitalier, service de diabétologie du Centre hospitalier sud-francilien (CHSF)

Le Ceritd a développé le système Diabeo en partenariat avec la firme Voluntis. Sylvia Franc est investigateur principal et membre du conseil scientifique de l'étude Télésage dont le promoteur est Sanofi.

Les patients atteints du diabète de type 1 (soit un peu moins de 200 000 personnes en France) ont besoin d'un traitement insulinaire complexe de type basal-bolus qui associe une injection d'un analogue rapide de l'insuline avant chaque repas (« bolus ») *au prorata* de la quantité de glucides ingérée pour métaboliser ce repas, et de l'insuline basale pour couvrir les besoins entre les repas et la nuit. Cette dernière peut être apportée par l'injection d'un analogue lent de l'insuline ou, mieux, par les débits de base d'une pompe à insuline, qui en permet un réglage plus fin suivant les besoins du nyctémère. Le patient doit ainsi décider plusieurs fois par jour de la bonne dose à s'administrer. Il s'agit d'une décision techniquement difficile et psychologiquement pesante. Malgré les progrès de l'éducation thérapeutique, environ la moitié des patients y parvient peu ou prou, au prix d'une altération de sa qualité de vie. L'autre moitié n'y arrive pas, du fait de la complexité du traitement

mais aussi d'un découragement et d'une certaine démotivation vis-à-vis du traitement... Ces patients sont alors exposés aux complications de l'hyperglycémie chronique.

Les outils modernes de télémédecine, comme le système Diabeo, permettent de répondre à ces deux obstacles :

- en fournissant au patient, à tout moment, un calcul de la « juste » dose d'insuline nécessaire en fonction de sa glycémie, du repas et de l'activité physique prévue, grâce à un algorithme « auto-adaptatif » embarqué dans son smartphone, dont le réglage peut être amélioré à distance par le soignant autorisé, suivant les résultats télétransmis ;
- en assurant surtout une analyse automatisée permanente des données collectées, à l'origine d'alertes en cas de mauvais résultats glycémiques et/ou d'abandon progressif du traitement.

Ce système, qui avertit le soignant de difficultés éventuelles, permet de rapprocher le patient de son soignant.

Le problème identifié pourra être résolu par un contact téléphonique immédiat, éventuellement répété, et plus rapidement que lors d'une hypothétique consultation programmée des mois plus tard. Quant à la nature de l'intervention, il pourra s'agir d'un conseil technique ou, plus souvent, d'un soutien motivationnel, qui constitue le cœur du métier de soignant dans cette pathologie chronique.

L'étude Télédiab 1 a montré que, chez des patients en échec thérapeutique persistant (HbA1c > 8 %), un tel système permettait une amélioration considérable de l'équilibre glycémique (baisse moyenne de 0,9 % de l'HbA1c) [7]. Le télésuivi apportait peu aux patients « technophiles », adhérents au système, qui l'utilisaient tous les jours. Il était par contre d'un apport capital chez les patients moins adhérents, voire en situation d'abandonner leur traitement, car les alertes automatisées permettaient au soignant d'intervenir au bon moment, avec des résultats

blement dans la population, surtout chez les personnes âgées atteintes de maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, problèmes respiratoires et maladies neurodégénératives [9]) et dans les territoires qui se transforment en déserts médicaux du fait du non-remplacement des médecins.

On estime que près de 17 % des séjours hospitaliers seraient évitables [48]. La hausse régulière du nombre d'hospitalisations montre l'importance prise par l'hôpital public dans le recours aux soins primaires, en particulier sur la question des urgences ressenties et pour les personnes âgées.

Les réponses apportées par la télémédecine

La télémédecine permet de faciliter l'accès aux soins, de corriger les disparités géographiques et au final de réduire les pertes de chance. La télémédecine a démontré sa capacité à apporter une réponse à ces problèmes en développant des téléconsultations spécialisées dans les hôpitaux généraux mais aussi dans les services de soins de réadaptation, les longs séjours, les Ehpad, les maisons de retraite, sans oublier les maisons d'arrêt [37, 48].

L'exemple du télé-AVC

L'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique (80 % des cas) est passé en quelques années d'une ère contemplative à une ère thérapeutique [35], qui porte sur deux traitements dont l'efficacité modifie l'histoire naturelle. Le premier est la fibrinolyse intraveineuse par rt-PA, dont la triple contrainte est d'être administrée dans les trois heures après 80 ans, dans les 4 h 30 avant 80 ans, et par un neurologue. Le second est la thrombectomie mécanique (TM), dont la contrainte est d'être effectuée par un neuroradiologue interventionnel [35].

Pour les hôpitaux dépourvus de neurologues et recevant les AVC, le télé-AVC s'est imposé comme l'outil permettant à tous les urgentistes d'effectuer la fibrinolyse intraveineuse grâce à une téléconsultation avec le neurologue de garde à l'unité neurovasculaire (UNV). Ce dernier effectue ensuite la télé-expertise de l'imagerie cérébrale du patient, puis la téléassistance de la perfusion intraveineuse du rt-PA, puis la sélection des candidats à la thrombectomie mécanique, assurant à la fois une égalité d'accès aux soins et aux innovations thérapeutiques et une sécurité [35, 37, 48].

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

insulinodépendant

in fine aussi bons que dans le sous-groupe précédant [16].

Des résultats comparables sont attendus de la grande étude nationale Télésage (environ 670 patients suivis sur deux ans). Cette étude permettra aussi de répondre à la question clé, à savoir quel professionnel de santé est le plus à même d'assurer en routine un télésuivi efficace ? Probablement pas le diabétologue, qui, d'après les résultats exploratoires de l'étude, n'arriverait tout simplement pas à prendre connaissance de l'ensemble des messages d'alerte adressés automatiquement dans sa boîte mail. Il peut en revanche être assuré par des infirmiers diplômés d'État (IDE), ayant reçu une formation spécialisée, connaissant le patient et agissant par délégation de tâche du diabétologue. Il apparaît ainsi que 20 % des patients « adhérents au système » ont eu peu besoin de télésuivi et n'ont « utilisé » que 6 % du temps des IDE, mais qu'à l'inverse 20 % ont réclamé des interventions répétées, utilisant de ce fait 40 % du temps infirmier

disponible. Cette étude préfigure ce que pourrait être une prise en charge optimisée des patients atteints d'une maladie chronique complexe, c'est-à-dire non plus une relation duelle patient/médecin, mais un système à plusieurs niveaux : le patient avec un smartphone intégrant une intelligence artificielle préprogrammée qui règle les problèmes techniques ou passe le relais à l'IDE de télésuivi (15 % des cas dans Télésage), qui ne sollicite le médecin spécialiste qu'en cas de difficulté particulière (< 5 % des cas), permettant à ce dernier de se focaliser sur les patients les plus en difficulté.

La mise en place d'un tel système pose la question de savoir où recruter des IDE de télésuivi. Il ne peut s'agir *a priori* d'IDE libéraux de proximité, non formés à ce type de diabétologie. Quant aux équipes hospitalières, il sera probablement difficile pour l'hôpital de financer ce personnel pour assurer le suivi de patients hors de ses murs. Restent les IDE des prestataires de pompe à insuline,

industriels ou associatifs, à condition toutefois qu'ils aient été formés à la télémédecine et à la délégation de tâche en diabétologie, et qu'ils aient aussi la confiance du diabétologue avec lequel ils seront amenés à coopérer. Enfin il faut que le système de remboursement proposé actuellement à titre expérimental par la Direction générale de l'offre de soins (« article 36 ») soit économiquement viable, ce qui reste à démontrer.

Il y a pourtant urgence, car au-delà du système Diabéo, qui ne fait que proposer la bonne dose, se profile l'arrivée imminente des pancréas artificiels. Leur impact sur l'équilibre glycémique et sur la qualité de vie des patients s'annonce majeur, mais de fait leur dangerosité potentielle l'est aussi, et la position des autorités de tutelle pourrait bien être d'exiger un télésuivi interventionnel spécialisé 24 heures sur 24, ce qui réclamera nécessairement une redéfinition de l'organisation des soins dans ce domaine, et qui impliquera vraisemblablement l'hôpital. 📖