



FICHE SYNTHÉTIQUE D'AIDE À L'IMPLÉMENTATION DE LA TÉLÉSURVEILLANCE EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

PR FABRICE DENIS - PR RÉMI SABATIER - DR YANN-MAËL LE DOUARIN

Besoin d'être accompagné par des experts ? Informations sur contact@ines-france.fr



INeS | Institute
for
SmartHealth



PRÉPARATION

1. Nommer une équipe référente (médecin + cadre...)
2. Préciser les indications de la télésurveillance :
 - a) Pour quelles pathologies ?
 - b) Durant quelles périodes du parcours de soin (*traitement, post-traitement, soins palliatifs, etc.*) ?
 - c) Quel bénéfice attendu dans le parcours de soins ? (*Diminution des complications, des réhospitalisations, de la durée d'hospitalisation, amélioration de la qualité de vie avec la maladie, etc.*)
 - d) Identifier les freins à l'implémentation (*système d'information hospitalier, personnel/temps dédié*)
 - e) Identifier les ressources nécessaires (*IDE / IPA de coordination, équipe médicale référente par pathologie*)
 - f) Pour les indications prises en charge par l'assurance maladie, les référentiels publiés par la HAS peuvent vous aider quant à l'organisation à mettre en place : Haute Autorité de Santé - Télésurveillance médicale : référentiels des fonctions et organisations des soins ([has-sante.fr](http://has.sante.fr))



CHOIX DU LOGICIEL

1. Selon recommandations de sociétés savantes des autorités
2. Habituellement Marquage CE classe II, et pour les indications prises en charge par l'assurance maladie, conformité avec référentiel HAS et ANS et listé sur le site du ministère de la santé
3. Si besoin, outil de pré-sélection d'outil de télésurveillance : score MDS de l'Institut de la e-Santé INeS (ines-france.fr)
4. Privilégier des outils tout en un) pour éviter la multiplication de logiciels (Recos ESMO IA)
5. Privilégier des outils avec des algorithmes bien codifiées et validées par des données cliniques: **pas d'outils maisons (pas de prise en charge, pas de forfait télésurveillance et risque médico-légal)**
6. Pour les outils en établissement de santé, un appel d'offre de votre établissement peut être nécessaire: 2 outils remboursés tout cancer à date: Résilience PRO et Cureety
7. Une fois l'outil choisi, une convention avec l'industriel devra être signée afin de bien définir les rôles et les devoirs de chacun

FORMATION

1. Formation (en français de préférence) par l'éditeur de la solution
2. Tests avec un ou 2 médecins prescripteurs et l'infirmière de coordination et une dizaine de patients pendant 1 mois minimum
3. Apprentissage de la gestion des alertes par l'infirmière (*délégation de prescription pour les IDE s'il existe un protocole de coopération sur la pathologie, ou Infirmière de Pratique Avancée*)
4. Consultation par l'infirmière avec chaque patient pour le former à l'usage de l'outil et recueillir son consentement
5. Fixer la période de saisie des symptômes du patient (*par exemple tous les lundis entre 10h et 12h*) en informant le patient qu'en-dehors de cette période, en cas de problème, il peut contacter l'équipe de télésurveillance pendant les heures ouvrables, ou le 15 en cas de problème urgent.
6. Une fois la période de test effectué, déploiement très progressif auprès des prescripteurs (*1 patient par semaine puis 2, puis 3, etc.*)
7. Déploiement initial sur des patients à pathologie/traitement « simples »
8. Évaluation régulière et corrections si besoin
9. Remontée des dysfonctionnements techniques à l'éditeur (matériorivigilance)



PROCESS DE GESTION DES ALERTES

1. Temps dédié pour l'infirmière (*durée de gestion d'une alerte en moyenne 3 à 5 minutes*)
2. Une IDE temps plein pour suivre 150 à 300 patients sur la semaine (variable selon la pathologie et ne comprenant pas le temps de formation des patients à l'outil)
3. Période dédiée et répartie sur la semaine pour une IDE temps plein (*20% des patients saisissent leurs symptômes le lundi, 20% le mardi, etc.*)
4. Temps médecin dédié en 2^e ligne d'alerte : environ 1h par semaine pour 300 patients suivis (*variable selon la pathologie*).
Prévoir des créneaux de consultations (*ou téléconsultation de préférence*) d'urgence pour la gestion des alertes nécessitant une réévaluation médicale
5. Prévoir un médecin remplaçant et une IDE en backup lors des congés pour maintenir la continuité de la gestion des alertes
6. Toute alerte visualisée doit être traitée et tracée
7. Privilégier les outils avec spécificité des alertes > 80% (soit moins de 20% de fausses alertes) car 41% des IDE envisagent arrêt outil si Spécificité faible à 60% (Basch ESMO 2023, JCO-CCI 2020)



RÉFÉRENCES

- Chan EKH, Edwards TC, Haywood K, et al. Implementing patient reported outcome measures in clinical practice: a companion guide to the ISOQOL user's guide. Qual Life Res. 2019;28(3):621-627
- Di Maio M, Basch E, Denis F, et al. ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. The role of patient-reported outcome measures in the continuum of cancer clinical care: ESMO Clinical Practice Guideline. Ann Oncol. 2022 Sep;33(9):878-892.
- Nelson TA, Anderson B, Bian J, et al. Planning for patient-reported outcome implementation: Development of decision tools and practical experience across four clinics. J Clin Transl Sci. 2020;4(6):498-507
- https://www.has-sante.fr/jcms/p_3312142/fr/e-sante-la-has-publie-4-referentiels-de-telesurveillance
- Basch E, Stover AM, Schrag D, et al. Clinical Utility and User Perceptions of a Digital System for Electronic Patient-Reported Symptom Monitoring During Routine Cancer Care: JCO Clin Cancer Inform. 2020 Oct;4:947-957.