



INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES PERIODE TRANSITOIRE POST EXPERIMENTATION

Prise en charge régionale du diabète gestationnel autour de la télésurveillance

NOM DU PORTEUR :

- Service de diabétologie-endocrinologie, CHRU de Brest

PERSONNE CONTACT :

- Dr Emmanuel Sonnet, emmanuel.sonnet@chu-brest.fr, 02 98 34 71 23, 06 20 25 06 96.

Résumé du projet :

L'objet de cette expérimentation est de développer et faire reconnaître la télésurveillance médicale dans la prise en charge spécialisée du diabète gestationnel avec un abord territorial et régional et en proposant une rémunération forfaitaire par patiente et par grossesse, dans le but d'améliorer la qualité et la pertinence des soins.

Ce projet s'adresse aux femmes présentant un diabète gestationnel suivies par un gynécologue obstétricien hospitalier ou libéral au niveau de la Bretagne et prises en charge par un diabétologue, afin d'assurer une prise en charge complète y compris l'éducation thérapeutique, le suivi des glycémies, homogène et permanente au cours de la grossesse.

Une prise en charge forfaitaire est proposée, avec :

- Une prise en charge diabétologique initiale comprenant un entretien individuel avec le médecin effectuant la télésurveillance, une éducation thérapeutique du patient (ETP) (en l'absence de programme reconnu et financé par l'ARS),
- La fourniture d'une solution technique de télésurveillance (système Candiss),
- La télésurveillance médicale hebdomadaire au minimum,
- Les consultations médicales et paramédicales nécessaires au suivi spécialisé.

Une accessibilité des données au sein du territoire est possible en accord avec la patiente pour faciliter la permanence des soins et de la prise en charge.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	x
National	

Table des matières

I	Présentation du porteur de l'innovation.....	3
II	Description de l'innovation faisant l'objet de la période transitoire	3
II.1	Objet de l'innovation en santé	3
II.2	Population cible et effectifs.....	3
II.2.a	Critères d'inclusion	3
II.2.b	Critères d'exclusion	3
II.2.c	Effectifs plafond.....	4
II.3	Parcours des patients / usagers	4
	1. Prise en charge initiale : consultation, entretien individuel, ETP.....	4
	3. Télésurveillance.....	5
	4. Consultations de suivi.....	5
	5. Patientes sous insuline	5
III	Avis du conseil stratégique et préparation du passage en droit commun.....	5
III.1	Avis et recommandations sur la suite à donner sur l'innovation du ctis	5
III.2	Droit commun de la télésurveillance	6
IV	Modalité de mise en œuvre de la période transitoire	7
IV.1	Terrain de maintien en conditions opérationnelles.....	7
IV.2	Durée de la période transitoire	7
IV.3	Pilotage, gouvernance et suivi de la période transitoire	7
V	Financement de l'innovation en santé.....	7
V.1.a	Estimation du besoin en crédits d'ingénierie (CI)	8
V.1.b	Besoin total de financement	8
VI	Dérogations nécessaires pour la période de transition de l'innovation	9
VII	Liens d'intérêts	9
VIII	Annexe 1 – Principaux enseignements de l'évaluation.....	10
IX	Annexe 2 – Coordonnées du porteur et des partenaires.....	14

I PRESENTATION DU PORTEUR DE L'INNOVATION

Cette expérimentation se fait à l'initiative des équipes médicales d'un service de diabétologie de la région Bretagne. Ce service est dirigé par le Pr Kerlan à Brest et a tissé des liens forts avec les partenaires de leurs territoires.

CHRU de Brest

Dr Emmanuel Sonnet :

- Co-coordonateur de l'expérimentation
- Diabétologue impliqué de longue date dans le domaine de la télémédecine en diabétologie, ayant mené 2 projets financés par l'ARS Bretagne dans ce domaine (dont 1 dans le cadre du diabète gestationnel)
- Membre du groupe de travail Télémédecine et Technologies Innovantes au sein de la Société francophone du diabète

Pr Véronique Kerlan :

- Co-coordonateur de l'expérimentation
- Chef de service d'endocrinologie-diabétologie-nutrition, CHRU de Brest

II DESCRIPTION DE L'INNOVATION FAISANT L'OBJET DE LA PERIODE TRANSITOIRE

II.1 OBJET DE L'INNOVATION EN SANTE

Mettre en place la télésurveillance dans la prise en charge spécialisée du diabète gestationnel avec un abord territorial régional et une rémunération forfaitaire. L'objectif poursuivi est d'améliorer la qualité et la pertinence des soins.

II.2 POPULATION CIBLE ET EFFECTIFS

L'innovation cible les femmes enceintes présentant un diabète gestationnel (ou diabète de grossesse).

II.2.a Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les femmes :

- Présentant un diabète gestationnel dépisté par un test HGPO¹ positif réalisé entre la 24^{ème} et la 28^{ème} semaine d'aménorrhée ou par une glycémie à jeun supérieure à 0,92 g/l inclus réalisée lors du premier trimestre de la grossesse (recommandations nationales du CNGOF² et de la Société Francophone du Diabète) ;
- Ayant donné leur consentement de prise en charge par télésurveillance.

II.2.b Critères d'exclusion

Les patientes non éligibles à une prise en charge dans le cadre de l'innovation sont celles présentant l'une des situations suivantes :

- Patiente présentant un diabète connu préalable à la grossesse ;
- Patiente se trouvant à plus de 36 semaines d'aménorrhée au moment de l'inclusion ;
- Patiente refusant la prise en charge par télésurveillance ;

¹ HGPO : Hyperglycémie Provoquée par Voie Orale

² CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

- Impossibilité physique ou psychique d'utiliser tous les composants de la télésurveillance selon le jugement du médecin souhaitant inclure la patiente dans l'innovation ;
- Pour les établissements ayant un programme d'ETP, les patientes ne suivant pas ce programme d'ETP ;
- Patientes prises en charge avec télésurveillance et nécessitant un traitement sous insuline, dès lors que les textes nécessaires seront publiés et applicables. Cela ne pourra concerner que les nouvelles prises en charge et devra être appliqué de manière coordonnée pour l'ensemble des parties prenantes (opérateur et exploitant).

II.2.c Effectifs plafond

Il est prévu d'inclure un maximum de 1100 patientes (soit en moyenne 122 nouvelles patientes par mois).

II.3 PARCOURS DES PATIENTS / USAGERS

1. Prise en charge initiale : consultation, entretien individuel, ETP

Lors de la prise en charge initiale, une consultation médicale, réalisée par un médecin spécialiste en diabétologie ou en gynécologie, est nécessaire pour affirmer le diagnostic et proposer les premières mesures thérapeutiques si nécessaires.

Lors de l'entretien individuel, qui pourra être conduit lors de la première consultation, la patiente est informée sur le dispositif de télémédecine proposé et le consentement est recueilli. L'information dispensée par le médecin doit être claire, explicite et transparente et préalable à l'acte de télémédecine afin que la patiente y consente de manière libre et éclairée.

En cours de l'entretien d'individuel, l'ETP est délivrée par un médecin spécialiste en diabétologie, hospitalier ou libéral, leurs équipes paramédicales éventuelles impliquées dans la prise en charge du diabète gestationnel, un médecin spécialiste en gynécologie ou une sage-femme.

Le but est de :

- Élaborer un diagnostic éducatif
- Donner à la patiente les connaissances nécessaires sur le diabète gestationnel
- L'éduquer et renforcer ses compétences sur la nutrition et l'activité physique adaptée au diabète gestationnel
- Former la patiente à la technique d'auto-surveillance glycémique
- Former la patiente à l'utilisation de la solution de télésurveillance
- Autres points si nécessaire

L'ETP apportée à la patiente est indispensable à la prise en charge du diabète gestationnel. Elle a pour objectifs de permettre à la patiente :

- L'acquisition et le maintien de compétences d'autosoins. Parmi elles, l'acquisition de compétences dites de sécurité vise à sauvegarder la vie de la patiente. Leur caractère prioritaire et leurs modalités d'acquisition doivent être considérés avec souplesse, et tenir compte des besoins spécifiques de chaque patiente.
- La mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation. Elles s'appuient sur le vécu et l'expérience antérieure de la patiente et font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales.

- De connaître sa pathologie et les composants de sa prise en charge de s'impliquer en tant qu'acteur dans son parcours de soins
- D'adopter les réactions appropriées à mettre en œuvre dans le cadre de la prise en charge.

L'ETP est réalisée selon les modalités pratiques les mieux adaptées au professionnel de santé et ses patientes. Elle se déroule pour la plupart en présentiel, ou à distance si cette éventualité a été mise en place.

3. Télésurveillance

La programmation et le premier acte de télésurveillance sont soumis à la réalisation de l'entretien individuel au cours duquel l'information a été délivrée et le consentement de la patiente recueilli. La télésurveillance comprend le suivi des alertes de façon au minimum hebdomadaire ainsi que le traitement de ces alertes (contact éventuel avec la patiente le cas échéant, ajustement du traitement, convocation de la patiente...).

Les professionnels de santé pouvant effectuer la télésurveillance sont médecins spécialistes en diabétologie ou le cas échéant, un personnel paramédical agissant en application d'un protocole de coopération pris sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 et dûment autorisé par le directeur général de l'ARS de la Bretagne.

En cas de nécessité, le suivi peut être réalisé par du personnel différent de la prise en charge initiale, afin de permettre la continuité des soins et en accord avec la patiente.

4. Consultations de suivi

Les consultations de suivi sont assurées par des professionnels médicaux et/ou paramédicaux lorsqu'elles s'avèreraient nécessaires à la bonne prise en charge de la patiente.

5. Patientes sous insuline

Des consultations médicales et/ou paramédicales sont prévues pour les patientes nécessitant un traitement par insuline afin de couvrir la consultation de mise sous insuline, la formation de la patiente à la pratique de l'injection d'insuline, à la prévention des complications évitables et à la gestion des effets indésirables, la télésurveillance renforcée.

La télésurveillance médicale des patientes sous insuline comprend le suivi des données de façon au minimum hebdomadaire ainsi que le traitement des alertes (contact éventuel avec la patiente le cas échéant, ajustement du traitement, convocation de la patiente...). Une aide à l'adaptation des doses sera aussi proposée par la solution technique.

III AVIS DU COMITE TECHNIQUE ET DU CONSEIL STRATEGIQUE DE L'INNOVATION EN SANTE ET PREPARATION DU PASSAGE EN DROIT COMMUN

III.1 AVIS ET RECOMMANDATIONS SUR LA SUITE A DONNER SUR L'INNOVATION DU CTIS ET DU CSIS

Au global, les résultats de l'évaluation (cf. [annexe 2](#)) rejoignent l'analyse de l'expérimentation utilisant la solution technique « myDiabby » et apporte des compléments utiles à la compréhension des conditions de déploiement de la prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel.

A nouveau, il est observé que cette prise en charge satisfait grandement les professionnels de santé et les patientes. Elle modifie fondamentalement les pratiques (les professionnels ont le sentiment « d'être là au bon moment ») et remporte une forte adhésion des femmes (amélioration du confort, sentiment de

sécurité et d'autonomie). Comme avec la solution myDiabby, les professionnels observent un passage sous insuline simplifié et sécurisé par la télésurveillance (grâce à un suivi quotidien, avec conseils et adaptation des doses), et ainsi probablement retardée.

L'expérimentation met en évidence le besoin d'une organisation préexistante (ou d'un accompagnement au changement d'organisation), notamment pour l'hôpital la disponibilité des infirmières et l'articulation entre les services de diabétologie, de gynécologie et les sage-femmes (l'absence de celle-ci a été un motif de refus pour certains centres de participer à l'expérimentation). La solution technique et la répartition du forfait entre les services/professionnels sont des leviers à la pluridisciplinarité. Le forfait a par ailleurs permis de tester dans cette expérimentation la possibilité de déléguer pendant ses congés le suivi de patientes à un établissement ou un cabinet.

Le cadre du droit commun pour la télésurveillance prévoit un forfait pour l'opérateur de soins d'une part, et un forfait pour le fournisseur de la solution numérique de télésurveillance d'autre part. Il est difficile sans l'avis de la Haute Autorité de Santé (HAS) de connaître précisément les tarifs futurs : ils pourraient sembler moins importants que ce qui était prévu dans l'expérimentation, ce qui sera de nature à réduire le surcoût observé dans l'expérimentation. Eu égard aux recommandations de la HAS, le diabète gestationnel sous insuline est intégré en ligne générique de droit commun.

A la différence de l'expérimentation, la rémunération des consultations en présentiel et de l'éducation thérapeutique n'est pas intégrée à ce forfait. Il convient cependant de noter que certains centres n'ont pas souhaité participer à l'expérimentation du fait du montant du forfait similaire aux HDJ, qui ne justifiait pas un changement d'organisation.

Ainsi, l'estimation du coût d'une inscription du dispositif dans le droit commun de la télésurveillance s'élèverait à 6,8 millions d'euros en année pleine hors consultations et éducation thérapeutique. Ce calcul est basé sur les hypothèses suivantes : 50% des patientes avec un diabète gestationnel suivies par télésurveillance (soit 30 000 femmes, hypothèse haute mais fidèle aux files actives des centres expérimentaux), un tiers de patiente sous insuline, des tarifs professionnels majorés du fait de l'intensité de la prise en charge et 3 mois de prise en charge en moyenne.

Compte-tenu de la valeur ajoutée pour les patientes et les professionnels de santé, le comité technique et le conseil stratégique de l'innovation en santé sont favorables à l'extension de la télésurveillance au diabète gestationnel. Néanmoins, en raison de ce qui précède, le comité technique partage les points d'attention suivants :

- Le parcours de la prise en charge du diabète gestationnel tel qu'expérimenté inclut de l'éducation thérapeutique, notamment pour les professionnels libéraux ; le financement au forfait permettant en outre de rendre solidaires les professionnels de santé autour du parcours et une prise en charge globale ;
- La différence de traitement entre les diverses modalités de prise en charge du diabète gestationnel, du fait de l'intégration au référentiel diabète HAS (ligne générique) du suivi du diabète gestationnel pour les femmes avec insuline, pourrait conduire le porteur à transmettre à la HAS l'ensemble des données expérimentales sur l'intégralité du périmètre (avec et hors insuline) ;
- La tarification des HDJ et GHS intermédiaires adossés à un suivi par télésurveillance serait à questionner, ce sujet se posant par ailleurs pour d'autres prises en charge et n'est pas propre à la prise en charge du diabète gestationnel ;
- Le risque de la multiplicité des outils de télésurveillance par pathologie, qui implique leur interopérabilité avec le dossier patient.

III.2 DROIT COMMUN DE LA TELESURVEILLANCE

Par [l'arrêté du 16 mai](#) fixant le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance au 1^{er} juillet 2023, le cadre du droit commun prévoit un forfait pour l'opérateur de soins d'une part, et un forfait pour le fournisseur de la solution numérique de télésurveillance.

La prise en charge avec télésurveillance pourra être facturée aux tarifs en vigueur dans le droit commun avant la fin de la période transitoire, dès lors que les textes nécessaires seront publiés et applicables. Cela ne pourra concerner que les nouvelles prises en charge et devra être appliqué de manière coordonnée pour l'ensemble des parties prenantes (opérateur et exploitant).

Si l'exploitant souhaite une prise en charge dans l'ensemble du cadre de l'expérimentation, il est à noter que l'exploitant du dispositif Candiss devra déposer un dossier à la HAS pour permettre l'évaluation de sa solution et de l'organisation soutenue par l'outil, le rapport d'évaluation de l'expérimentation n'ayant en effet pas vocation à se substituer à celle-ci, sur la base des données apportées par l'exploitant. La HAS rendra un avis sur l'opportunité de cette prise en charge (remboursement) pour ce qui ne relève pas de la ligne générique. Cet avis sera nécessaire pour la suite qui sera donnée à cette prise en charge. Le délai moyen estimé entre le dépôt du dossier HAS et la publication de l'arrêté d'inscription est de 9 mois.

IV MODALITE DE MISE EN ŒUVRE DE LA PERIODE TRANSITOIRE

IV.1 TERRAIN DE MAINTIEN EN CONDITIONS OPERATIONNELLES

De couverture régionale, l'expérimentation concerne la région Bretagne. La liste des structures bénéficiant de l'innovation est en annexe 2.

IV.2 DUREE DE LA PERIODE TRANSITOIRE

La période transitoire a une durée de 9 mois. Elle débute le 1^{er} novembre 2023 et se termine le 31 juillet 2024.

IV.3 PILOTAGE, GOUVERNANCE ET SUIVI DE LA PERIODE TRANSITOIRE

La gouvernance est assurée par les deux instances en place au cours de l'expérimentation :

- L'instance principale est le comité de pilotage, qui se réunit chaque semestre, à l'invitation des porteurs du projet ;
- Le comité opérationnel, qui se réunit plusieurs fois par an. Chaque membre peut solliciter aux porteurs la tenue de ce comité.

V FINANCEMENT DE L'INNOVATION EN SANTE

Le principe du modèle économique du cahier des charges de l'expérimentation publié le 20 juin 2023 est décrit au chapitre 8. Il est consultable sur le site du ministère article 51 LFSS 2018 ([page expérimentations en cours](#)).

Tableau 1. Forfaits à la séquence de soins par patiente

	<u>Séquence de soins</u>	<u>Montant par patient</u>	<u>Destinataire des versements</u>	<u>Part substitutive du forfait</u>
<p>Forfait 1 : Prise en charge du diabète gestationnel</p>	<p>Consultations (primo consultation, entretien individuel, consultations de suivi) Séance collective d'éducation thérapeutique (si l'établissement est sans programme d'éducation thérapeutique financé par l'ARS) Télésurveillance médicale</p>	<p>270 € Ou 196 € si établissements avec programme ETP financé par ARS</p>	Versé à l'établissement de santé ou au cabinet	Part substitutive
<p>Forfait 2 Forfait supplémentaire pour les patientes nécessitant un traitement par insuline</p>	<p>Consultation de mise sous insuline, formation à l'auto-injection et actes de télésurveillance renforcée)</p>	<p>150 €</p>		
<p>Forfait 3 Forfait technique</p>	<p>Location de la solution de télésurveillance</p>	<p>90 €</p>	Versé au fournisseur de la solution technique	Part substitutive

Il est possible d'instaurer un relai du suivi de la télésurveillance par une autre structure que celle initiale, notamment pendant les périodes de congés. Les modalités sont les suivantes :

- une convention entre les structures concernées déterminera les modalités de prise en charge et de son financement sur la base d'un reversement ;
- une tarification à la semaine :
 - o 16, 87 € par semaine en l'absence de traitement par insuline
 - o 26,25 € par semaine en cas de traitement par insuline ;
- ce relai est à titre exceptionnel dans la limite de deux semaines.

V.1.a Estimation du besoin en crédits d'ingénierie (CI)

Aucun crédit d'ingénierie n'est requis pour la période transitoire.

V.1.b Besoin total de financement

Le besoin de financement de l'innovation « Prise en charge régionale avec télésurveillance du diabète gestationnel » sur l'ensemble de la période transitoire représente un montant total maximum de 420 k€ (FISS). Les financements dérogatoires du droit commun sont substitutifs. Les modalités de facturation et de versement sont définies par une ou plusieurs conventions avec la CNAM.

Tableau 2. Synthèse du besoin de financement

	9 mois
Nb patients inclus (Prévisionnel)	1 100 (122 patients/mois en moyenne)
Prestations dérogatoires (Prévisionnel)	420 k€
Total général	420 k€

VI DEROGATIONS NECESSAIRES POUR LA PERIODE DE TRANSITION DE L'INNOVATION

L'innovation nécessite de déroger au paiement à l'acte par l'instauration d'un forfait global par grossesse et par femme pour la prise en charge des parturientes par les professionnels médicaux (médecin, sage-femme et IDE en dérogeant à l'article 162-1-7, à l'article 162-9 et à l'article L162-12-2 du CSS), incluant également les diététiciennes le cas échéant et l'offre d'un nouveau service [solution technique pour la télésurveillance : plateforme bi-portail en ligne (interfaces patient et professionnel)], en dérogeant au 1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du CSS.

VII LIENS D'INTERETS

Absence de liens d'intérêts entre le porteur et E.Medys.

Absence de liens d'intérêts entre E.Medys et l'industrie pharmaceutique ou autre DM.

ANNEXE 1 – PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L'ÉVALUATION

Rappel des questions évaluatives :

L'évaluation se centre sur trois questions évaluatives, permettant chacune de couvrir un objectif évaluatif (faisabilité, efficacité, reproductibilité) :

- 1) Quels sont les effets de la mise en place du dispositif expérimental sur les organisations et les pratiques, dans la montée en charge d'abord puis dans l'utilisation « en routine » ?
- 2) Quelle est l'efficacité de l'expérimentation ?
 - Quels sont ses effets sur la qualité et la pertinence des soins ? et sur la qualité de vie des patientes ? (À travers le point de vue des patientes et des professionnels de santé)
 - Quelle est la soutenabilité économique du forfait ?
- 3) Quelle est la potentielle reproductibilité de l'expérimentation ?
 - Quels sont les prérequis, freins et « facilitateurs » à l'utilisation d'un logiciel de télésurveillance ?
 - Quelle est l'attractivité économique du forfait mis en place dans l'expérimentation ?
 - Quelles sont les différences et similitudes entre Candiss et myDiabby concernant les impacts organisationnels ayant pu s'opérer ?

Conclusions du rapport final d'évaluation

La motivation principale des professionnels de santé pour l'adoption de Candiss était l'amélioration de la qualité du suivi, particulièrement dans les cabinets libéraux où les consultations étaient à la demande des patientes et de fait trop peu régulières. L'accès en continu aux données de glycémie des patientes via la télésurveillance a été perçu comme un moyen d'augmenter la fréquence de suivi et d'améliorer la réactivité des professionnels de santé en cas d'ajustement de traitement. Cette augmentation de la fréquence du suivi est rendue possible par la simplification de la gestion du diabète gestationnel pour les patientes (envoi automatisé des données de glycémie, réduction voire disparition des déplacements notamment). En outre, le forfait de suivi des patientes qui couvre toute la durée de grossesse est perçu comme la reconnaissance financière des organisations souvent préexistantes à l'expérimentation et l'activité de télé-suivi et de coordination de la prise en charge globale des patientes. Ainsi, pour les centres ayant déjà mis en place la télésurveillance, cette rémunération permet de limiter les consultations en présentiel aux cas nécessitant une attention particulière (« être présent au bon moment pour la bonne patiente »), sans grever les ressources financières des services concernés.

La simplicité et l'ergonomie de l'application Candiss l'ont rendue facile à prendre en main dès le début de sa mise en place malgré quelques problèmes techniques en début d'expérimentation qui ont été résolus au fil du temps. Le temps d'appropriation de l'outil fut court pour l'ensemble des participants grâce à l'accompagnement de la société fournissant la solution Candiss et à la grande simplicité de l'outil.

Les professionnels estiment que l'accessibilité à une prise en charge par télésurveillance est excellente. Ils estiment que près de 100% des femmes atteintes de diabète gestationnel se sont vu offrir la solution Candiss et l'ont acceptée. Les seules restrictions à l'inclusion relevées concernent des problèmes technologiques (absence de téléphone ou réticence envers les technologies) ainsi que des difficultés linguistiques sévères.

Les impacts sur les organisations sont très dépendants du secteur d'exercice des endocrinologues : à l'hôpital le suivi est largement délégué aux infirmières, en libéral, le suivi continue à être assuré par le praticien seul, mais la télésurveillance permet d'augmenter considérablement sa fréquence et sa qualité. La télésurveillance a permis de réduire le temps médical consacré aux consultations dans les hôpitaux, en déléguant une partie du suivi aux infirmiers. Ce phénomène n'a pas lieu dans les cabinets libéraux. Un facteur important du succès de l'intégration de la télésurveillance à l'hôpital est la préexistence d'une forme d'organisation de suivi à distance déjà délégué à des infirmières ou autre

professionnel paramédical. Les impacts furent ainsi minimes pour les centres préalablement organisés de cette manière. Pour les autres, des formations et une augmentation du nombre d'IDE dédiés au diabète gestationnel ont été nécessaires. De manière générale, l'éducation thérapeutique (ETP) a été intégrée sans bouleversement organisationnel.

Un modèle organisationnel type se dégage à l'hôpital, composé d'une première consultation suivie rapidement d'une séance d'ETP et d'explications sur la télésurveillance. Dès lors, les patientes font l'objet d'un suivi uniquement à distance via l'outil Candiss par les IDE, à raison de 6 à 8 minutes par patiente par semaine. Les diabétologues sont sollicités pour les patientes présentant une situation anormale. Ces données restent toutefois issues d'une approche qualitative sur quelques établissements.

Les professionnels de santé estimaient que l'homogénéisation des pratiques de télésurveillance au niveau régional serait un plus pour permettre le transfert du suivi des patientes. L'impact a finalement été nul lors de l'évaluation, mais il apparaît d'après le porteur que c'est lors de la seconde période estivale sous Candiss que certains diabétologues exerçant seuls dans leur structure ont eu recours à cette possibilité.

Les professionnels de santé sont satisfaits de leur participation au dispositif Candiss. Il leur a permis de répondre à leurs attentes citées plus haut, tout particulièrement l'amélioration de la qualité de suivi avec une fréquence de suivi, une réactivité du corps médical et une personnalisation du suivi accrues. Toutefois, dans Candiss, contrairement à myDiabby, les participants hospitaliers, soulignent une opportunité manquée quant à l'élargissement de la pluridisciplinarité de la prise en charge. Ils regrettent le manque d'implication du service de gynécologie et des sage-femmes dans la télésurveillance du diabète gestationnel. L'accès aux dossiers des patientes leur est accordé sur demande mais moins de 2% des dossiers ont été consultés par un de ces professionnels. Un outil de télésurveillance serait pourtant selon les participants une occasion de partager simplement de l'information au sujet des patientes entre disciplines car actuellement les services de diabétologie ne sont que rarement tenus au courant des complications de grossesse, des échographies ou même de l'accouchement de leurs patientes. Cependant, les porteurs soulignent une croissance continue et importante des demandes d'accès à l'outil de suivi de la part de sages-femmes.

Cette expérimentation a été appréciée également du côté des patientes. 78% des répondantes à l'enquête trouvent que l'outil de télésurveillance a facilité ses échanges avec les professionnels de santé qui l'ont suivie. 83% des patientes jugent que leur expérience de télésurveillance a répondu à leurs besoins. La réduction des déplacements des patientes enceintes et la facilitation de la transmission des données de glycémie permettent une nette amélioration du confort patient perçue tant par les soignants que par les patientes. Ce sont les sentiments d'autonomie, de sécurité et de facilité d'accès au corps médical qui ressortent le plus souvent chez les patientes, mais la moitié des patientes a tout de même remonté en désavantage le sentiment d'être contrôlée lors de l'utilisation de la solution.

En raison de l'absence de données comparatives, la réduction du taux de patientes perdues de vue ou l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant sont difficilement mesurables dans cette évaluation.

L'absence de comparaison avec témoin rend difficile une conclusion objective sur l'amélioration des mesures de glycémie. Cependant, les données de l'application indiquent une fréquence des mesures de glycémie satisfaisante : 5 relevés glycémiques par jour en moyenne par patiente et majoritairement dans la cible.

Parmi l'ensemble des patientes ayant suivi l'expérimentation, environ un tiers (31,4%) a nécessité une mise sous insuline, généralement dans un délai moyen de 5,4 mois. Aux dires des professionnels, une évolution notable interviendrait entre la phase de routine et celle de mise en place de l'expérimentation, avec moins de mises sous insuline et des délais plus longs entre le début de la grossesse et cette intervention, suggérant une gestion améliorée du diabète gestationnel grâce au suivi

à distance. Cette observation, commune avec l'expérimentation myDiabby, constituerait l'un des principaux résultats sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge liée à la télésurveillance du diabète gestationnel.

Des prérequis à la mise en place d'une solution de télésurveillance sous le modèle Candiss ont pu être identifiés. Ainsi la motivation des acteurs est le premier palier mais constitue rarement un problème car même les non participants interrogés sont convaincus de la positivité des impacts de la télésurveillance dans le diabète gestationnel.

Le modèle de prise en charge en place avant la potentielle télésurveillance est la raison principale qui a poussé certains centres à ne pas participer à l'expérimentation Candiss. Candiss étant particulièrement adaptée à une gestion du diabète gestationnel par le service de diabétologie, les changements organisationnels paraissaient trop importants face aux intérêts de la forfaitisation pour les centres plaçant le service de gynécologie au centre de la gestion du diabète gestationnel.

A l'hôpital, la disponibilité d'un temps infirmier ressort également comme prérequis à la mise en place de la solution de télésurveillance en raison de leur large implication dans le suivi. De plus, un modèle d'organisation préalable impliquant déjà les IDE dans le suivi et une appétence particulière pour les outils technologiques sont des facteurs facilitant la mise en place de la télésurveillance.

De manière plus nuancée, une expérience passée de télésurveillance (avec outil spécialisé ou non) accélère la période de mise en place d'une nouvelle solution mais peut freiner les médecins ou la structure les accueillant dans une optique de limitation du nombre d'outils.

La simplicité et l'ergonomie de l'outil de télésurveillance, essentiellement au niveau de la lecture des informations patientes (relevés de glycémie et dossiers patients), sont les éléments avancés par les médecins comme cruciaux. L'outil ne doit être en aucun cas plus difficile à lire que les carnets papiers traditionnels. La possibilité d'accéder aux mêmes dossiers entre différents diabétologues et IDE est également indispensable.

Enfin, comme souligné précédemment, le forfait proposé dans l'expérimentation permet de reconnaître des activités souvent déjà effectuées, pour les centres l'ayant déjà mises en place.

A l'inverse, la coexistence avec la tarification à l'hospitalisation de jour est un point souvent remonté par les professionnels de santé, en défaveur des bénéficiaires pour les patients de la télésurveillance : le tarif des GHS intermédiaires étant plus attractif que la rémunération forfaitaire expérimentale et plus encore que la rémunération de l'acte de télé-suivi dans le droit commun, il crée une incitation forte à faire revenir systématiquement les femmes à l'hôpital, là où elles pourraient être totalement suivies à distance.

➤ *Faisabilité et impact sur les organisations et les pratiques*

L'évaluation montre une faisabilité du suivi à distance indéniable et un impact de sa mise en place très restreint chez les participants organisant déjà au préalable le suivi du diabète gestationnel autour du diabétologue et des infirmières.

Dans les autres centres, les impacts se limitent essentiellement à la délégation du suivi des diabétologues vers les IDE. Ces dernières ont rapidement et facilement été formées et du temps a pu leur être alloué pour le suivi du diabète gestationnel sans difficulté.

En cabinet libéral, la faisabilité est d'autant plus affirmée que seul le diabétologue est concerné par le suivi. Les impacts de la mise en place sont concentrés autour de la gestion du suivi qui se déroule dorénavant hors consultation essentiellement.

Les nombreuses motivations des professionnels de santé renforcent cette faisabilité.

➤ *Efficiéce*

L'ensemble des professionnels de santé s'accordent à dire que le suivi par télésurveillance du diabète gestationnel a eu des effets positifs non négligeables tant sur la qualité du suivi, sur la pertinence des soins, sur la gestion des consultations, que sur le confort des patientes ; L'absence de données quantitatives comparatives limite l'évaluation du critère efficacité, mais ces éléments qualitatifs vont dans le sens d'une démonstration d'une efficacité renforcée par la télésurveillance. La télésurveillance a permis de recentrer la mission du diabétologue là où sa valeur ajoutée est maximale.

➤ *Reproductibilité*

Ainsi, la reproductibilité du dispositif dans le cadre d'un déploiement à plus large échelle de la télésurveillance, sera contrainte :

- En premier lieu à la motivation des professionnels de santé, si l'immense majorité est convaincue des apports de la télésurveillance dans le diabète gestationnel, il peut demeurer que certains diabétologues, notamment libéraux, ne souhaitent pas modifier leurs pratiques ;
- Pour les hôpitaux, par l'organisation du suivi du diabète gestationnel centrée sur le service de diabétologie, sans quoi le modèle de l'expérimentation Candiss n'était pas adapté.

Afin de faciliter la reproductibilité de cette expérimentation, la considération d'un renforcement des équipes hospitalières paramédicales en amont de la mise en place est bienvenue ainsi que des formations relationnelles et techniques.

Chez les centres ou cabinets ayant déjà recours à la télésurveillance, la reproductibilité de l'expérimentation Candiss repose sur la persuasion des utilisateurs à changer d'outil.

VIII ANNEXE 2 – COORDONNEES DU PORTEUR ET DES PARTENAIRES

Statut / nature de la participation à l'innovation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser, ...)	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signature numérisée
Porteur	CHRU de Brest Avenue Foch 29200 Brest	Dr Sonnet Emmanuel Emmanuel.sonnet@chu-brest.fr 02 98 34 71 23 Pr Kerlan Véronique Veronique.kerlan@chu-brest.fr 02 98 34 71 22	
Partenaires	E-Medys	Mr Le Yaouanq Sébastien	
	CH de Landerneau	Dr Crouzeix Geneviève	
	CH de St-Brieuc	Dr Ionesco Oana	
	CH de Vannes	Dr Arnault Gwenaëlle gwenaelle.arnault@ch-bretagne-atlantique.fr 02 97 01 41 45	

	CH de Quimper	Dr Blanchard Patricia	
	Cabinet du Dr Malécot	Dr Malécot J-Marc Jm.malecot@gmail.com 02.98.80.03.14	
	Cabinet du Dr Monguillon	Dr Monguillon Pascal	
	Cabinet du Dr Cueff-Bouroullec	Dr Cueff-Bouroullec Françoise	
	Cabinet du Dr Merceur	Dr Merceur Catherine	
	CH de Morlaix	Dr Nozeran Sophie	
	CH de Vitré	Dr Le Tallec-Estève Noemie noemie.letallec@ch-vitre.fr 02.99.74.15.00	
	CH de Dinan	Dr Bleichner Elsa Dr Karacatsanis Catherine catherine.karacatsanis@ch-dinan.fr 02 96 85 72 45	
	CH de Fougères	Dr André hélène Dr Petit Simon Christine cpetitsimon@ch-fougeres.fr Tel 02 99 17 70 09	



	Cabinet du Dr Tarasco-Schenrey	Dr tarasco-Schenrey Elisabeth tarascoschenrey@orange.fr 02.23.30.01.30	

