

# Comment prendre de la hauteur avec les jambes coupées?

Laurence Destrieux  
Saint Francois  
ARCHIV 2022

# Stratégie & Management des Industries de Santé

TRONC COMMUN	EXPERTISE		MODULE ELECTIF	THÈSE À réaliser dans les 6 mois suivant la fin de la formation
	ADVANCED CERTIFICATE (25 jours)	MODULE EXPERT (6 jours)		
10 jours	31 jours		6 jours	

## TRONC COMMUN

MANAGEMENT DES HOMMES

*Management*

LES ENJEUX ÉCONOMIQUES

DES MÉTIERS

*Business & Society*

FORMATION DIGITALE :

LE DÉFI DE L'IA

*Digital Transformation: AI*

*Challenges*

INNOVATION MANAGÉRIALE

*Managerial innovation*

MARKETING ET STRATÉGIE

*Marketing & Strategy*

PROJET

*Project*

RESPONSABILITÉ SOCIALE ET

ENVIRONNEMENTALE (RSE)

*Corporate Social Responsibility (CSR)*

PROJET COLLECTIF

*Project*

## MODULE SPECIALISE

- Gouvernance et santé
- Innovation incrémentale et disruptive en santé
- Organisation et régulation du système de santé en France
- Economie des Assurances Santé
- Géopolitique de la Santé
- Hiérarchie des normes et régulation des marchés
- Impact de la réforme Obama sur le marché américain
- Evolution des méthodes de paiement et business-models
- Enjeux de Santé Globale et de Sécurité Sanitaire
- E-santé, cartes vitales et dossier médical partagé
- Méthodes d'évaluation économique des Stratégies de Santé
- Accès au marché pour le médicament et le dispositif médical
- Problématiques des Médicaments génériques et biosimilaires
- Utilisation des études d'évaluation économique
- Entrepreneuriat, start-up et santé
- Plateforme et stratégie digitale (workshop IBM, système Watson)
- Competitive strategy and cooperative strategy in the health industry
- Mise en œuvre d'une connaissance client approfondie en santé
- Vision des relations en ressources humaines

MODULE EXPERT : Voyage d'études à Singapour

## MODULE ELECTIF

Gamme  
stratégie, entrepreneuriat et  
organisations

*Définir et accompagner le*

## THESE

- Vos connaissances techniques et managériales acquises tout au long de la formation
- Votre capacité à mener une étude complexe avec rigueur.
- Votre esprit d'analyse critique et de synthèse.
- Votre force de proposition face aux enjeux mis en avant.



Prisme de lecture différent du monde de la santé,  
Transversalité et vision systémique  
Laboratoire technique, culturel et humain

PAIN POINTS	Leviers et axes d'amélioration proposés	Mise en oeuvre
de soignants	Intérêts médico-économiques, augmentation des ratios infirmiers	EN COURS
<b>s sur notre qualité des soins</b>	<b>Questionnaire sur les pratiques sociales pour les praticiens</b>	<b>Clinique Générale d'Annecy, URPS AURA, SCVE</b>
ance du personnel soignant	Label de bien-être, cardiologie vasculaire	9 Cliniques+ 7 CHU + Persomed
sement des charges administratives des chirurgiens	Passerelle informatique automatisée entre nos DPI et Do	FSM – Telemedecine – CH Colma
<b>ition de compétences en formation sans dépendre des budgets</b>	<b>Développement de moyens de formation par la simulation</b>	<b>Partenariat ODPC/ SCVE/ Branchet</b>





Prisme de lecture différent du monde de la santé,  
Transversalité et vision systémique  
Laboratoire technique, culturel et humain

PAIN POINTS	Leviers et axes d'amélioration proposés	Mise en oeuvre
de soignants	Intérêts médico-économiques d'une augmentation des ratios infirmiers /patients en chirurgie	EN COURS
s sur notre qualité des soins	<b>Questionnaires des risques psychosociaux pour les praticiens</b>	<b>Clinique Générale d'Annecy, URPS AURA, SCVE</b>
ance du personnel soignant	Label de bientraitance en chirurgie vasculaire	9 Cliniques+ 7 CHU + Persomed
<b>e ambulatoire et RRAAC</b>	<b>Encadrement des patients AOMI</b>	<b>Plateforme NAOMI, thèse ES</b>
sement des charges administratives des	Passerelle informatique automatisée entre nos DPI et Datavasc	FSM – Telemedecine – CH Colma
<b>ition de compétences en formation sans dépendre des gues</b>	<b>Développement de moyens de formation par la simulation</b>	<b>Partenariat ODPC/ SCVE/ Branchet</b>

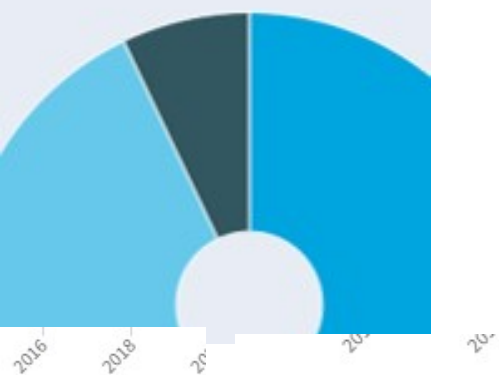
# COMMENT UNE INTERFACE NUMÉRIQUE PATIENTS/SOIGNANTS

PEUT PERMETTRE DE LUTTER CONTRE L'INOBSERVANCE DES  
PATIENTS AOMI

ET ÊTRE UN ATOUT MÉDICO ÉCONOMIQUE AU COEUR DU  
VIRAGE AMBULATOIRE?

# ONDAM: BUDGETS SANTE 2020 = 200 MILLIARDS €

AOMI	
<b>820 millions</b>	
Soins de ville	<b>872 millions €</b>
Hospitalisations (tous secteurs)	<b>818 millions €</b>
Prestations en espèces	<b>129 millions €</b>

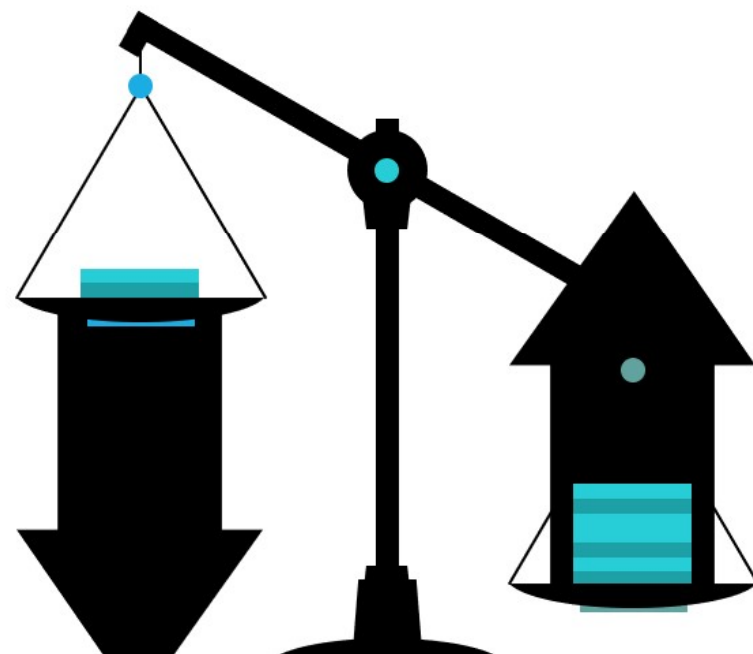


AOMI = 10% du budget Cardio Neuro vasculaire (18 milliards d'€)

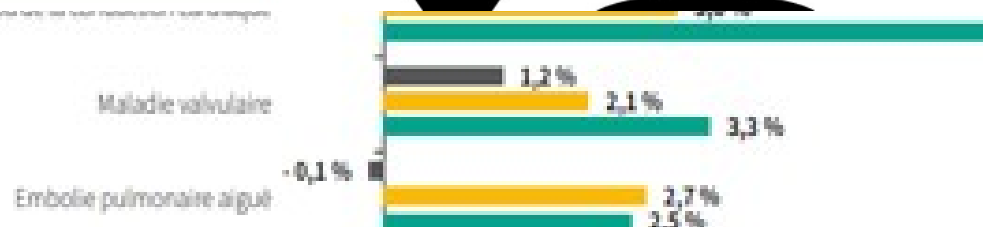
## RÉPARTITION DES COÛTS DE PRISE EN CHARGE CARDIONEUROVASCULAIRE

**25%**  
**CNV aigus**  
 4,4 milliards €  
 450 mille personnes  
 (9701 €/ p)

**= 7,5 X PLUS d'Hospitalisation**  
**= 3,5 X PLUS coûteux**

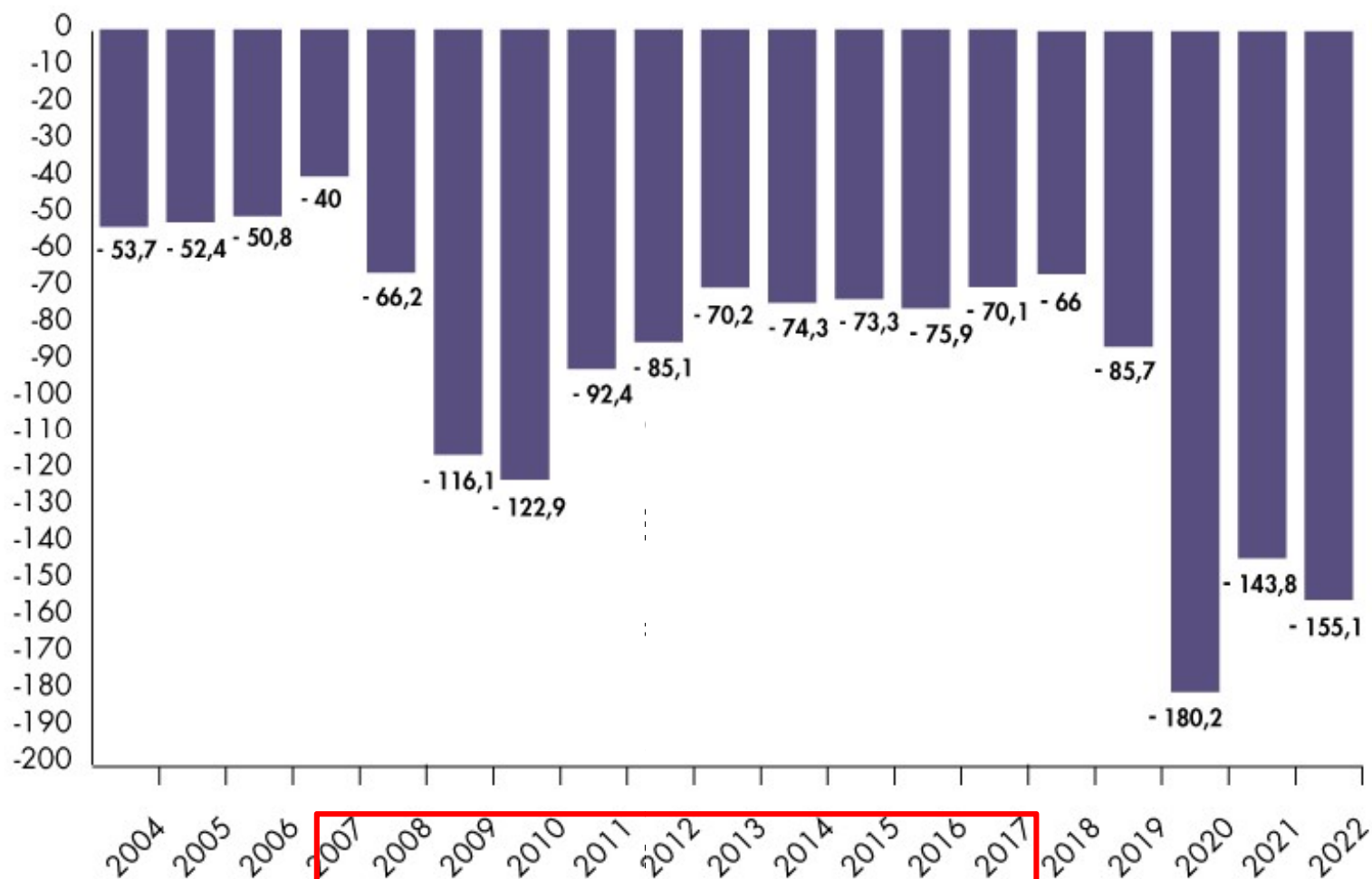


Cl  
5 m  
(



## SOLDE BUDGÉTAIRE DE L'ÉTAT

EN MILLIARDS D'EUROS



Sources : [lafinancepourtous.com](http://lafinancepourtous.com) d'après l'INSEE et la Direction du Budget





Contrôle des dépenses  
ET  
de la masse salariale

Virage ambulatoire : pour un

**CONDITION SOUS-TENDUE REQUISE AU SUCCES DU VIRAGE  
AMBULATOIRE**

=

RELAIS PAR LA MEDECINE VILLE

**MAIS ABSENCE DE MOYENS DEDIES**

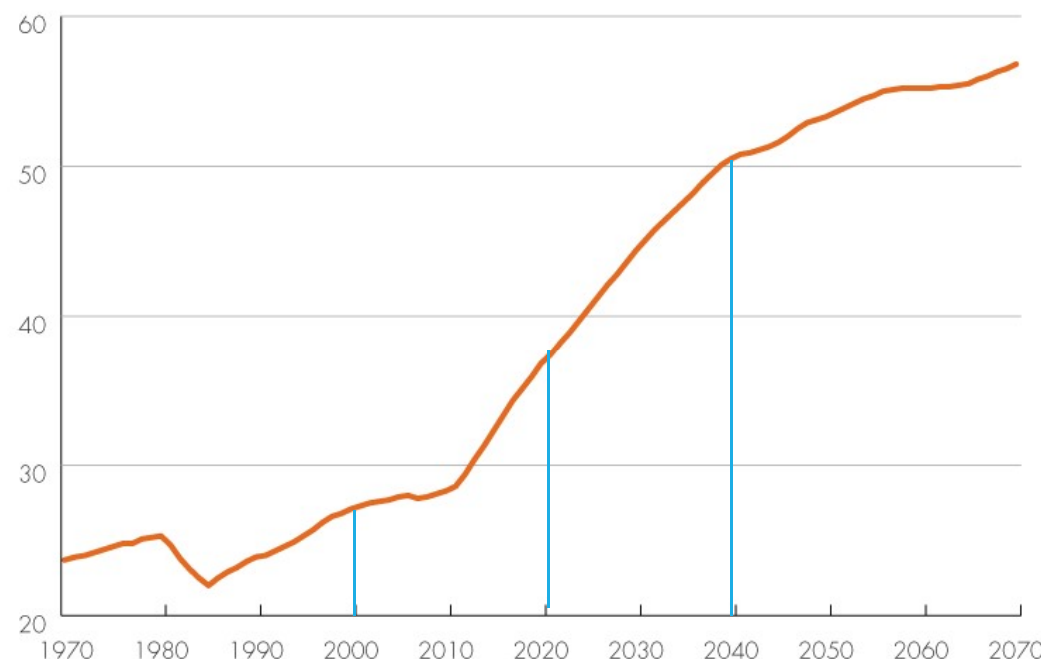
## Pourquoi est-on très concerné en chirurgie vasculaire?

### Pic démographique des patients âgés et /ou chroniques en 2030:

- ↑ 50 % des > 65 ans entre 2020 et 2040
- ↑ du ratio de dépendance
- ↑ 43% des besoins de soignants dès 2030

### ÉVOLUTION DU RAPPORT DE DÉPENDANCE DÉMOGRAPHIQUE EN FRANCE

EN %



Source : lafinancepourtous.com d'après INSEE

$$\text{Ratio} = \frac{\text{inactifs}}{\text{actifs}}$$





Transition brut  
ville Hônito

# AOMI – ambulatoire- Inobser

## Profil psychique et clinique<sup>4</sup>

Caractéristiques du patient AOMI

Homme > 55 ans

Tabagique, obèse

Isolé, inactif, défavorisé



## Facteurs prédictifs<sup>5</sup>

Caractéristiques des revascularisations artérielles ambulatoires

Transition brutale ville-Hôpital

Patients asymptomatiques en post-opératoire

Traitement présentant des effets indésirables

## Facteurs déterminants<sup>6</sup>

Caractéristiques du traitement de l'AC

30% des patients arrêtent leur traitement

AAP pour saignement

> 50% Compréhension du traitement

la maladie

60 % récalcitrants aux TTT multiples

ou

Inobservance = < 80% de prise des traitements prescrits

## Types de l'inobservance dans le traitement des maladies cardiovasculaires

d'inobservance primaire

d'inobservance secondaire (post-opératoire)

arrêt complet des traitements en post-opératoire

### Annexe I. Score d'observance de Girerd [15].

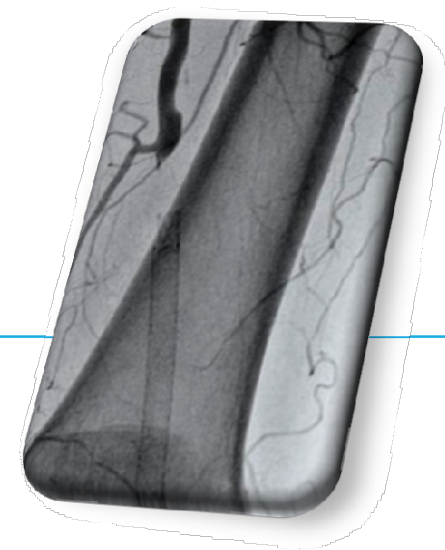
Le matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?	
À la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	
Est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	
Est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire fait défaut ?	
Est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	
Est-ce que vous avez trop de comprimés à prendre ?	
Attribuer un point par réponse notée « non » :	
Bonne observance : score = 6	
Faible observance : score 4 ou 5	
Non observance : score < 3	

## Impacts de l'inobservance

1 - Evolution péjorative

2 – Hospitalisations en urgence

3 – 81 millions d'€ de surcoût/an/AOMI



## Démographie, Sociologie et Economie

=

Les 3 impératifs du virage ambulatoire

## Revascularisations endovasculaires:

=

Réhabilitation très rapide  
Pérennité observance-dépendant  
Profil indiscipliné des patients

## Risques de l'endovasculaire en ambulatoire:

- Faible compréhension de la gravité de la maladie
- Altération des résultats attendus
- Absence de moyens dédiés à l'accompagnement des patients (ETP)



## Contours d'une « approche pathologie » pour l'Assurance Maladie

l'approche pathologie de la gestion du risque sur les maladies cardio-neurovasculaires vise à inscrire les actions de l'Assurance Maladie dans une perspective d'ensemble cohérente pluriannuelle, fondée sur une approche de santé publique et visant l'atteinte des objectifs en termes de santé publique, de prise en charge des patients et économiques.

Il s'agit de mobiliser de manière cohérente l'ensemble des leviers disponibles à l'atteinte de ces objectifs qu'il s'agisse de bonnes pratiques médicales, de nouvelles organisations, d'outils numériques

Un défaut d'action structurée dans le domaine serait de nature à laisser le cours naturel des choses se poursuivre et on pourrait s'attendre à ce que les tendances observées jusqu'ici dans la cartographie se poursuivent, jusqu'à compter chaque année 160 000 patients porteurs de pathologies cardio-neurovasculaires supplémentaires avec pour corollaire des dépenses supplémentaires de 400 à 600 millions d'euros consacrées à ces pathologies. À défaut d'objectif précis, cela constitue un intérêt à agir suffisant à court terme.

Des objectifs plus précis par pathologie seront construits et présentés dans les prochains rapports. Il faut tout de même rappeler

qu'il s'agit de gains durables et que les bénéfices sont obtenus par une approche globale appréciée à l'échelle

Absence d'accompagnement des AOMI confirmée dans le rapport ministériel de 07/2021

## Actions relatives à l'ETP pour la prévention secondaire des maladies artérielles

des actions terminées ou en cours.

### Approche autour de trois grands objectifs

Les actions déployées dans le cadre de cette approche pathologique ont ainsi les objectifs suivants :

- améliorer l'état de santé de la population en contribuant à limiter l'incidence des maladies cardio-neurovasculaires de manière durable à travers des actions de prévention ;  
- améliorer la qualité des soins prodigués aux patients souffrant

- la réduction de la fréquence, voire de la sévérité, des épisodes de décompensation aiguë des pathologies chroniques considérées, en optimisant le suivi des patients et en adoptant une approche intégrée des parcours de soins pour ces pathologies ;  
- le développement des outils statistiques de description, de pilotage et d'évaluation de la problématique.

L'Assurance Maladie a, de longue date, déployé des actions concernant la prise en charge des maladies cardio-neurovas-

## Actions relatives à la prise en charge des facteurs de risque

Leviers mobilisés	Prévention primaire, secondaire ou tertiaire	Accompagnement des parcours de soins de pathologies chroniques
Acteurs ciblés	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes exposées aux facteurs de risque</li> <li>Patients atteints de pathologies cardio-neurovasculaires ou de comorbidités augmentant le risque d'événement cardiovasculaire</li> <li>Professionnels de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patients atteints de pathologies cardio-neurovasculaires ou de comorbidités augmentant le risque d'événement cardiovasculaire</li> <li>Professionnels de santé</li> </ul>
Actions Assurance Maladie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stop tabac</li> <li>Évaluation des traitements nicotiniques de substitution</li> <li>Expérimentation « Dites non au diabète »</li> <li>Évaluation de l'éducation thérapeutique cardiovasculaire dans les centres de santé</li> </ul>	<p><b>Insuffisance cardiaque</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Optimisation du parcours (figure 70)</li> <li>Prado<sup>SM</sup> insuffisance cardiaque</li> <li>Prado personnes âgées</li> <li>Indicateurs Rosp<sup>SM</sup></li> <li>Indicateurs Cages<sup>SM</sup></li> </ul> <p><b>Maladie coronaire stable</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Optimisation du parcours (actions de sensibilisation, information, accompagnement)</li> <li>Prado personnes âgées</li> </ul> <p><b>Hypertension artérielle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>PPA<sup>SM</sup></li> <li>Campagne anti-HTA<sup>SM</sup> centraux</li> </ul>

# EDUCATION THERAPEUTIQUE & PREVENTION SECONDAIRE

## Comparaison des programme de prévention de l'OCDE

Exhibit 2. Comparative Health Care System Performance Scores

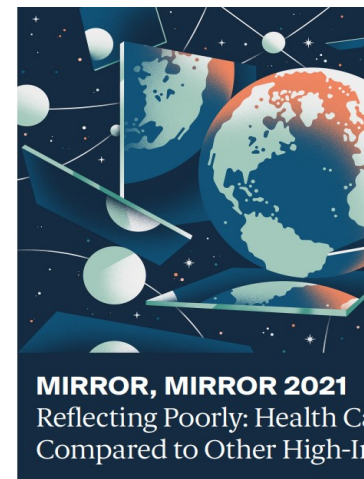
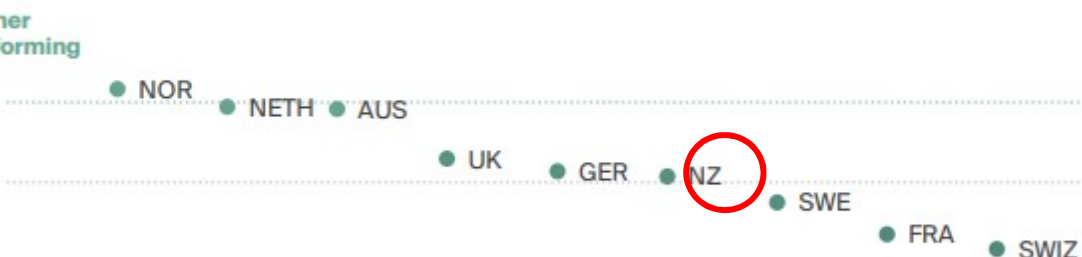


Exhibit 1. Health Care System Performance Rankings

	AUS	CAN	FRA	GER	NETH	NZ	NOR	SWE
<b>OVERALL RANKING</b>	<b>3</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
Access to Care	8	9	7	3	1	5	2	6
Care Process	6	4	10	9	3	1	8	5
Administrative Efficiency	2	7	6	9	8	3	1	5
Equity	1	10	7	2	5	9	8	4

DURANT une année de vie sauvée est évaluée à 8000 livres pour les maladies circulatoires (Martin, 2008)

# TABLEAU DE BORD DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE EN 2022

La Cour des comptes 2022: Appel à investir dans la prévention de la perte d'autonomie

- ← 1 année de vie sans dépendance = 1,5 milliard d'€ économisées en 10 ans à la CPAM
- ← 1,5 milliard d'€ = budget annuel de la prévention de la perte d'autonomie

Budget prévention en France/ UE = 2% de l'ONDAM, versus 3% en moyenne en UE

- ⇒ Plusieurs centaines de milliers de victimes de maladies chroniques et cancers
- ⇒ France à la traîne pour le bien vieillir sans incapacité/ Europe
- ⇒ Projet de mise en place de 3 bilans/vie: 25 ans, 45 ans, 65 ans (dépistage des cancers et de toutes les maladies)

**Martin, 2008** : une année de vie sauvée est évaluée à 8000 livres pour les maladies circulatoires

# PAIN POINTS DE L'AOMI AUJOURD'HUI

**N**on Observance prouvée  
et péjorative

**A**bsence d'ETP ou  
de prévention  
secondaire pour  
l'AOMI

**O**CDE  
Politique de contrôle  
des coûts de santé  
impérative

**M**oyenne abaissée  
des durées de  
séjours  
hospitaliers

**I**ndiscipline naturelle  
des artéritiques  
potentialisée  
par la diminution des temps  
d'échanges avec les soignants

**N A O M I**

# SOLUTION NAOMI

Dispositif médical encadrant le suivi des artéritiques



02a

par plateforme numérique d'échanges patients/soignants

02b

avec interface patients, cœur de cible du DM

02c

interface soignants, cibles secondaires du DM

02d

et accès à un e CRF pouvant colliger des DATAS multicentriques

02e

permettant d'analyser les bénéfices médicoéconomiques de la solution

02f

# PREUVE DES SOLUTIONS D'ENCADREMENT POUR LES CARDIOVASCULAIRES CHRONIQUES

Tableau II. Stratégies pour améliorer l'observance.

Identifier la non-observance
Interroger sur les barrières à l'observance
Rappeler les bénéfices du traitement
Simplifier l'ordonnance
Personnaliser le traitement
Utiliser des dispositifs type pilulier
Impliquer la famille
Utiliser les médicaments « indulgents » à l'oubli isolé de prise
Outils de rappels de prises (SMS, smartphone)
Éducation thérapeutique du patient (ETP)
Check-list de sortie d'hospitalisation
Éducation du médecin
Approche multidisciplinaire
Entretiens motivationnels

= inciter le patient AOMI à se discipliner, à devenir actif de sa santé et observant aux prescriptions

Stratégies déjà déployées

Améliorable par les biais d'un DM impactant peu les ressources soignantes

A développer pour le biais d'un DM

# NAOMI

## DISPOSITIF MÉDICAL SOUS FORME DE PLATEFORME D'ÉCHANGES NUMÉRIQUE SÉCURISÉE ENTRE PATIENTS AOMI ET SOIGNANTS AFIN D'ASSURER L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE

- Encadre la prise en charge thérapeutique
  - Limiter l'inobservance thérapeutique
- Diminuer les risques de réhospitalisations et de complications
- Augmenter la compréhension de l'AOMI
  - Diminuer le coût de santé de l'AOMI

# NAOMI



## Utilisateurs cibles

- Coeur de cible: Patients AOMI symptomatiques
- Cible secondaire: Chirurgiens vasculaires, médecins vasculaires, rééducateurs, IDE, pharmaciens pratiquant en établissements de soins et en ville

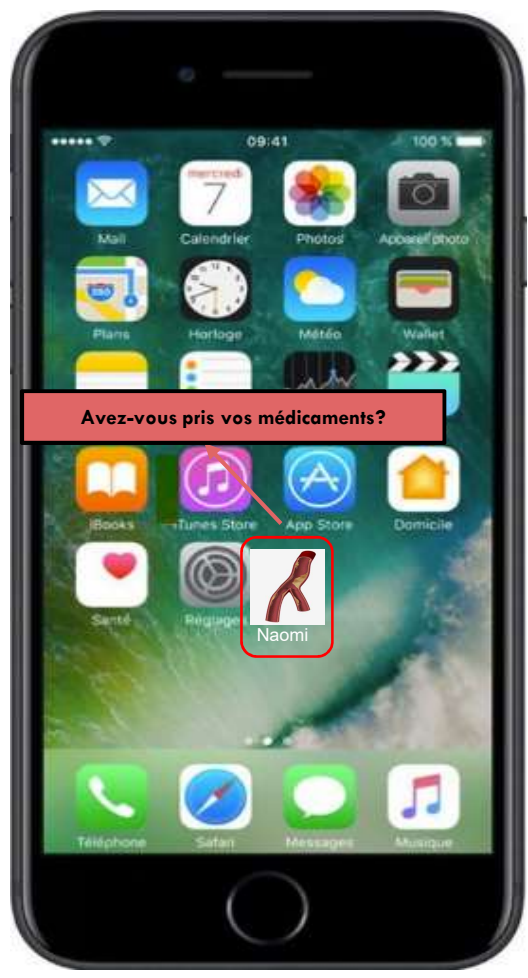
## Interface numérique sécurisée

- Création d'un QR Code lors de la première hospitalisation du patient lui permettant d'avoir accès à l'application



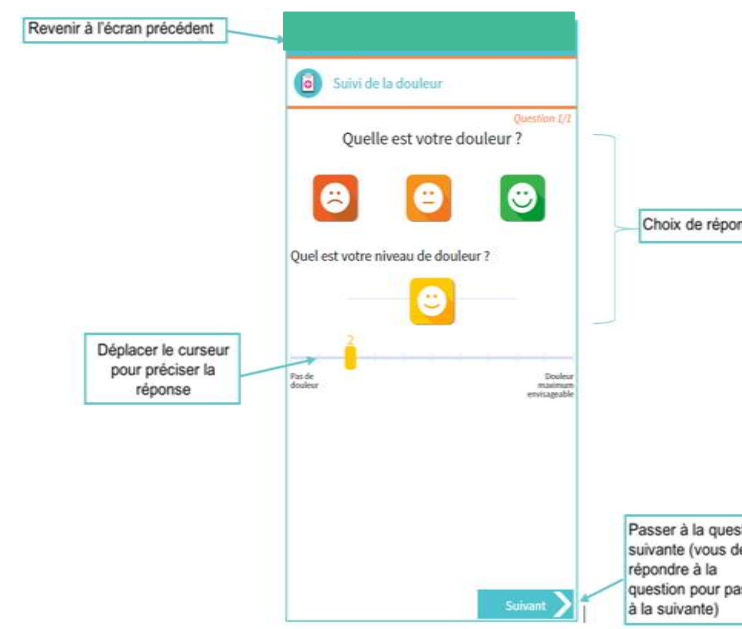
# NAOMI

## Pour les patients



Vidéos d'éducation thérapeutique (ETP)

Rappels de suivi (échodoppler, biologie, chirurgical, prise de médicaments et de rendez-vous)



Questionnaires post-op et de suivi périodique

## Diapositive 23

---

- 1 ajouter icone appli photo  
Elisabeth ALHALAK; 08/05/2022
- 1 prévu dans la teleconsultation? non ?  
Olivier MADAR; 08/05/2022

opels de suivi (échodopple  
ologie, chirurgical, prise de  
icaments et de rendez-vo

# Disparities Between International Guide (AHA/ESC/ESVS/ESVM/SVS) Concerning Lower Extremity Arterial Disease: Consensus of the French Society of Vascular Medicine (SFMV) and the French Society for Vascular and Endovascular Surgery (SCVE)

**Prise en charge vraiment consensuelle depuis 2021:**

**101 recommandations pour une prise en charge médicochirurgicale adaptée de l'AOM**

À croiser en fonction des patients selon:

- Les niveaux lésionnels
- Le contexte de revascularisation
- Les traitements anticoagulants associés
- Les comorbidités cardio, rénales et diabétiques
- Les possibilités de rééducation à l'effort



Under each heading, please tick the ONE box that best describes you

### **MOBILITY**

I have no problems in walking about

I have some problems in walking about

I am confined to bed

### **SELF-CARE**

I have no problems with self-care

I have some problems washing or dressing myself

I am unable to wash or dress myself

### **USUAL ACTIVITIES** (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)

I have no problems with performing my usual activities

I have some problems with performing my usual activities

I am unable to perform my usual activities

### **PAIN / DISCOMFORT**

I have no pain or discomfort

I have moderate pain or discomfort

I have extreme pain or discomfort

- We would like to know how good or bad your health is TODAY.
- This scale is numbered from 0 to 100.
- 100 means the best health you can imagine.  
0 means the worst health you can imagine.
- Please mark an X on the scale to indicate how your health is TODAY.
- Now, write the number you marked on the scale in the box below.

YOUR HEALTH TODAY =

# NAOMI OUTIL DE PREVENTION SECONDAIRE

## Patients

- Accompagnement systématisé: rassurant et motivant pour rester observant
- **Diminue les risques de complications artérielles et CNV**
- Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR)

## Soignants

- Optimisation du temps de consultation grâce aux questionnaires anticipés
  - Graphique de l'évolution des symptômes, alertes en cas de seuils critiques atteints
- **Rappels des informations thérapeutiques délivrées au patient**
  - **Potentialisation des préconisations, prescriptions et informations délivrées**
- Gestion facilitée par automatisation des rappels de suivi

## Hôpitaux

- Sécuriser les diminutions de séjours (points IFAQ)
- Diminuer les tensions hospitalières
- Diminution des PEC plus coûteuses (T2A)

## Etat

- Sécurisation du virage ambulatoire
- Contrôle budgétaire
- Objectifs qualitatifs/ expérience patient

# OBJECTIVER LES BENEFICES ATTENDUS DE NAOMI

## ÉTUDE CLINIQUE RIPH3 OBSERVATIONNELLE, MULTICENTRIQUE, PROSPECTIVE

### Étude RIPH3 impliquant la personne humaine:

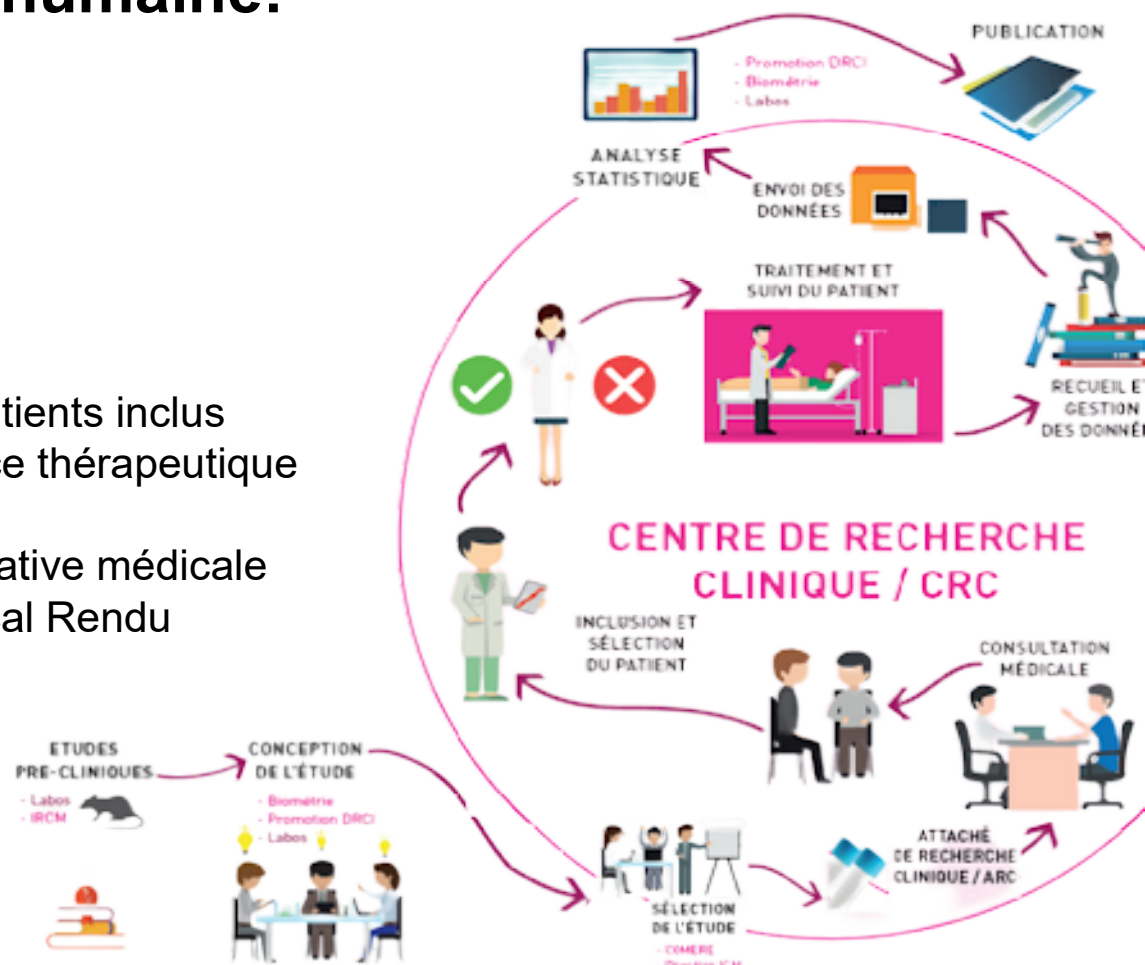
- Comité de Protection de la Personne (CPP)
- Consentement patient
- Cerfa CNIL MR003

### Rationnel de l'étude

- MEDSYNAPPS Promoteur
- Périmètre: 10 CENTRES co investigateurs/ 1000 patients inclus
- End point principal: Impact de l'appli sur l'observance thérapeutique
- End points secondaires:
  - Evaluation de l'impact sur la charge administrative médicale
  - Evaluation de l'Amélioration du Service Médical Rendu
  - Evaluation du bénéfice médico-économique

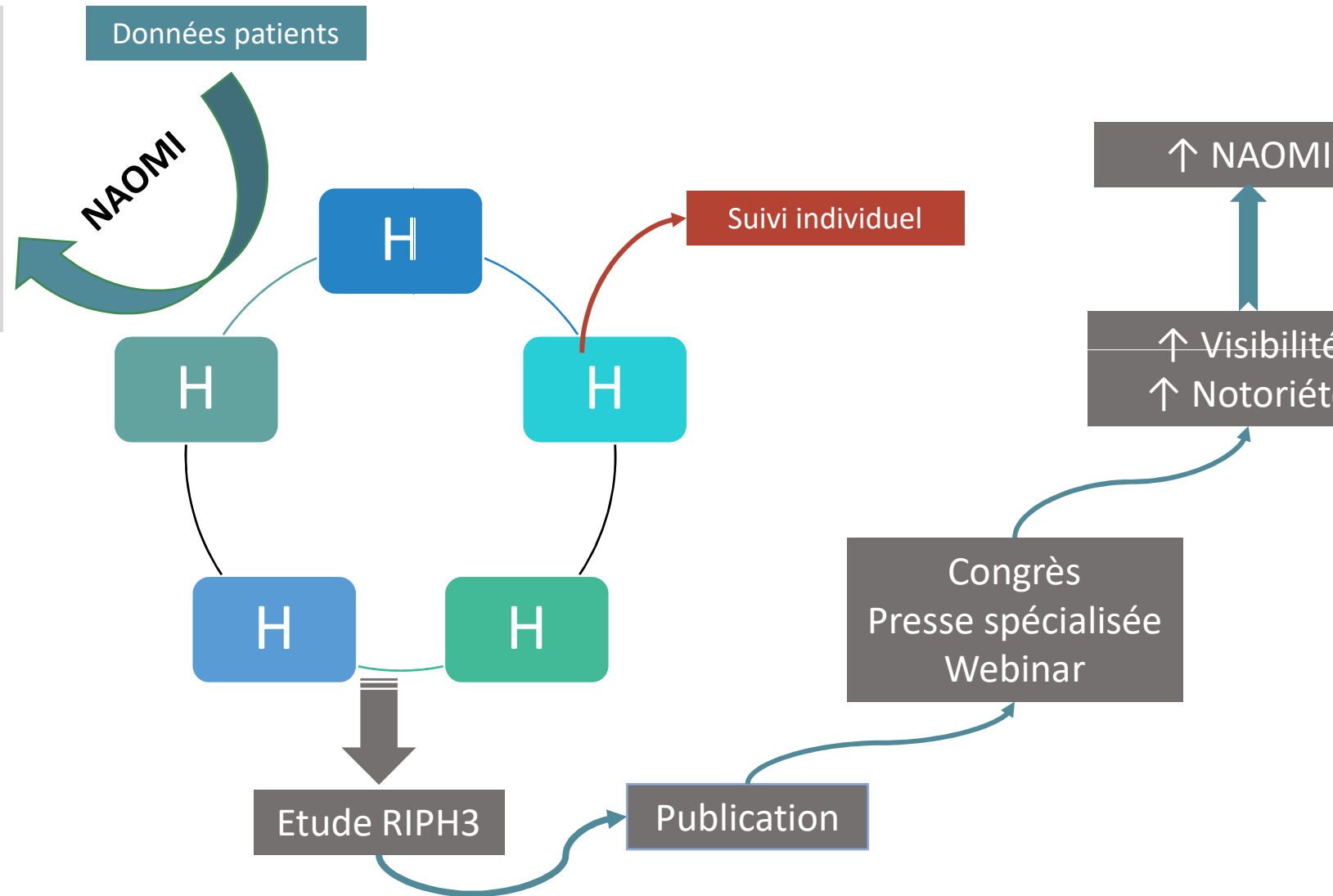
### Requis

- Une chargée de projet de recherche clinique
- Une biostatisticienne
- Un eCRF Daktari



# VALORISATION SCIENTIFIQUE DE LA SOLUTION NAOMI

**SMR**  
Assistance efficace des praticiens  
Amélioration de l'évolutivité de l'AOMI  
Diminution des réhospitalisations  
Avantages médico-économiques pour  
les établissements hospitaliers



# ETUDES DE MARCHÉS

03a

Les programmes de santé publiques en France aujourd'hui

03b

Le Ségur du numérique en santé

03c

Solutions existantes de plateformes de suivi médical

03d

Partenariats développés entre plateformes en santé

03e

Interviews: Association de patients, soignants et responsable de programmes locaux d'éducation thérapeutique en vasculaire

# TABLEAU DE BORD DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN FRANCE EN 2022

La Cour des comptes 2022: Appel à investir dans la prévention de la perte d'autonomie

- ← 1 année de vie sans dépendance = 1,5 milliard d'€ économisées en 10 ans à la CPAM
- ← 1,5 milliard d'€ = budget annuel de la prévention de la perte d'autonomie

Budget prévention en France = 2% de l'ONDAM VERSUS 3% en moyenne en UE

- ⇒ Plusieurs centaines de milliers de victimes de maladies chroniques et cancers
- ⇒ France à la traîne pour le bien vieillir sans incapacité/ Europe
- ⇒ Projet de mise en place de 3 bilans/vie: 25 ans, 45 ans, 65 ans (dépistage des cancers et de toutes les maladies)

# LE SÉGUR DU NUMÉRIQUE EN FRANCE

2 milliards d'euros d'investissements pour soutenir le développement massif et cohérent du numérique en santé pour m

prévenir et mieux soigner, grâce:

- ↩ au partage fluide et sécurisé des données de santé entre professionnels de santé et usagers
- ↩ À l'échange de 250 millions de documents médicaux d'ici 2023 (et non plus 10 M)
  - ↓ Ce programme viendra alimenter Mon espace santé, qui permet à chaque citoyen de disposer d'une vision consolidée de son parcours de soins afin d'être acteur de sa santé

Le Projectathon de l'Agence du Numérique en Santé

- ↩ Objectifs: accélérer le virage du numérique
- ↩ *Thèmes abordés: Cadre juridique de la e-santé, Doctrine technique, Outil Convergence, Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (SI-SIS), Certification QHN, INS, Annuaire CPS et IGC CPS2bis/IGC CPS2ter, Annuaire Santé, MSSanté, numérique dans le secteur médico-social et ROR.*

## SOLUTIONS EXISTANTES DE PLATEFORMES DE SUIVI MÉDICAL

<i>MYCURIE</i> SUIVI EN ONCOLOGIE	<i>MYDIABBY</i> SUIVI DIABÉTIQUE	<i>QUALIVEIN</i> SUIVI DES VARICES	<i>E REVA</i>
<p>Interface d'échange et de suivi pour les patients cancéreux, développé par l'Institut Curie</p> <p>Suivi, Questionnaires, RDV, Informations, CR)</p>	<p>Interface d'échange pour patients diabétiques</p> <p>(Suivi)</p> <p><b>Dispositif Medical</b></p>	<p>Interface de suivi après chirurgie des varices</p>	<p>Plateforme de suivi dans la rééducation vasculaire à l'effort (AOMI)</p>

## PARTENARIATS DÉVELOPPÉS ENTRE PLATEFORMES EN SANTÉ

## Association en 12/2021

## Association en 12/2021

*PATIENTYS*  
 (FILIALE DE WEBHELP MEDICA)  
 MULTINATIONALE

*CALMEDICA*  
 START UP

*LIFEN PLATFORM*  
 SOCIÉTÉ FRANÇAISE

*RESILIENCE REMOTE MONITORING*  
 START UP

Programmes  
 d'apprentissage (bon usage  
 médicamenteux):  
 commercialisés aux labos qui les  
 proposent aux patients

— Larges programmes  
 d'accompagnement:  
 visant à apporter assistance et  
 soutien aux patients et à leur  
 entourage

**1 & 2**

> appels par IDE,  
 intervention d'applications  
 ou d'interfaces web

Chatbot Memoquest  
 dialoguant avec le patient  
 par SMS= pose des ?  
 sélectionnées grâce à une IA  
 et évalue de manière  
 automatique les réponses  
 fournies

Plateforme  
 permettant de  
 faciliter, accélérer  
 et sécuriser le  
 déploiement des  
 solutions de e-  
 santé au sein des  
 SIH grâce à une  
 intégration unique

Application accompagnant les  
 maladies cardiaques et  
 oncologiques, en trouvant des  
 réponses à leurs questions et en  
 les rassurant dans des moments  
 d'inquiétude accrues.

Accès à des articles, des vidéos  
 et des podcasts .

Grâce à l'IA, les situations à  
 risque sont détectées plus tôt et  
 signalées immédiatement à  
 l'équipe de soins primaires.  
 Dispositif médical marqué CE.

## INTERVIEWS D'ASSOCIATIONS DE PATIENTS AOMI ET DE RESPONSABLE DE PROGRAMME ETP EN VASCULAIRE

- Interview de APETCARDIOMIP: association de patients cardiovasculaires en occitanie
- Interviews des cibles primaires et secondaires de Cal medical
- Interview d'EDUVASC Nancy (Dr Karim DJABALLAH / 03 83 15 42 74)  
= Programme d'ETP impliquant :
  - ← infirmières en réadaptation cardiaque, infirmière du laboratoire d'épreuves d'effort,
  - ← diététicienne, kinésithérapeutes, déléguée régionale de la Fédération Française de Cardiologie,
  - ← en collaboration étroite avec le médecin traitant et les clubs « Cœur et santé » lorrains

# Développement réglementaire d'un Dispositif Médical (DM)

4a Etapes du développement réglementaire global d'un DM

4b Incidence de la stratégie réglementaire sur l'utilisation pratique du DM

4c Etapes du marquage CE d'un DM

4d Matériorigilance / CAPA (Corrective Actions Preventive Actions)

4e Processus de maintien de l'efficacité du SMQ

4f Les coûts du développement QARA

# Etapes du développement réglementaire d'un DM

## 1/ Réalisation de la documentation technique (DT)

= documents décrivant les activités qui permettent de répondre aux exigences réglementaires et normatives

- L'étude clinique (Phase SUO)
- L'étude d'utilisabilité de la plateforme (SMQ)
- L'analyse de risque fait partie de la DT (CAPA)

**2/ réalisation des phases de certifications** (Certification ISO 13485), autocertifications du DM (Class I): marquage CE, Post-Market Surveillance Plan

*QARA = Quality Assurance and Regulatory Affairs* = police du développement dès la phase n-1

# STRATÉGIE DU DÉVELOPPEMENT RÉGLEMENTAIRE D'UN DISPOSITIF MÉDICAL

## Développement à deux vitesses

### V1 : Lancer le produit en RUO (Research Use Only)

= phase d'efficacité clinique et de sécurité de la plateforme

⇒ aucune fonctionnalité de l'application ne rentre dans les définitions d'un DM ( les accès aux patients sont bloqués ou limités à certaines données. )

NB : "tant que les données de santé ne circulent encore qu'entre soignants ce n'est pas un DM"

Limites : le produit RUO est un prototype et n'est pas censé rapporter \$\$\$

### V2 : Monter un système de management de la qualité (SMQ)

1. Certification ISO 13485 et audit avec l'organisme notifié
2. Documentation technique (DT avec éléments de mitigation de risques)
3. Auto-certification du DM (Class I): marquage CE
4. Post-Market Surveillance Plan

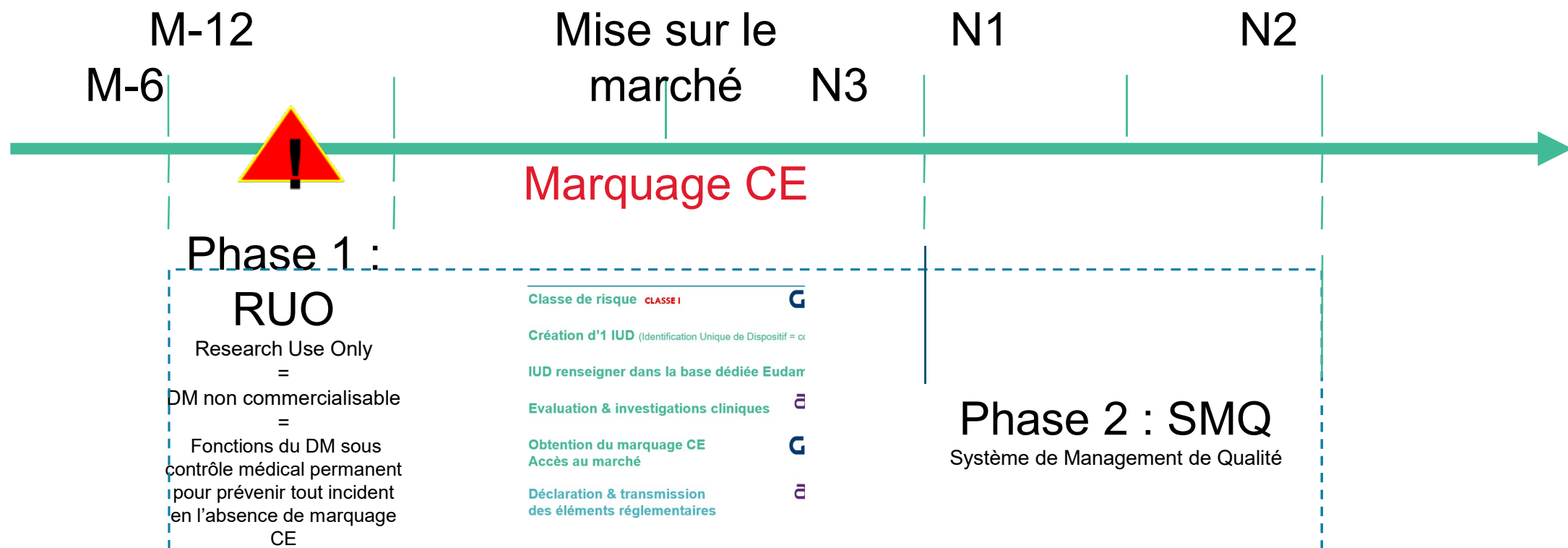
SMQ = Système de gestion de toute action de l'entreprise dans le cadre des normes (ISO = 13485 pour les DM).

Il consiste à écrire des procédures répondant à ces normes et réglementations qui décrivent toutes les actions, rôles et responsabilités, outils, processus et documents qui régissent l'activité de l'entreprise.

Exemple : Si nous recevons une réclamation d'un patient ou PDS qui a eu à utiliser NAOMI il ne faut pas improviser une réponse, tout doit être déjà prévu dans le SMQ

# STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT D'UN DM

## Développement à deux vitesses



# QARA STRATEGY EN VUE D'UN MARQUAGE CE

**Education  
Thérapeutique**

**Questionnaire  
Médical**

**NAOMI**

**Suivi  
médical**

**Interface PDS-  
Patient**



Fonctionnalités bloquées ou utilisables sous contrôle médical uniquement  
(ex: en hospitalisation ou <1 heure avant consultation médicale)

# STRATÉGIE RÉGLEMENTAIRE DU MARQUAGE CE

Classe de risque **CLASSE I**



Création d'1 IUD (Identification Unique de Dispositif = code de traçage)

IUD renseigner dans la base dédiée Eudamed

Evaluation & investigations cliniques



Obtention du marquage CE  
Accès au marché



Déclaration & transmission  
des éléments réglementaires



Démarches en vue d'une  
prise en charge et d'une  
tarification en France



Étapes  
réglementaires  
effectuées par  
l'équipe QARA

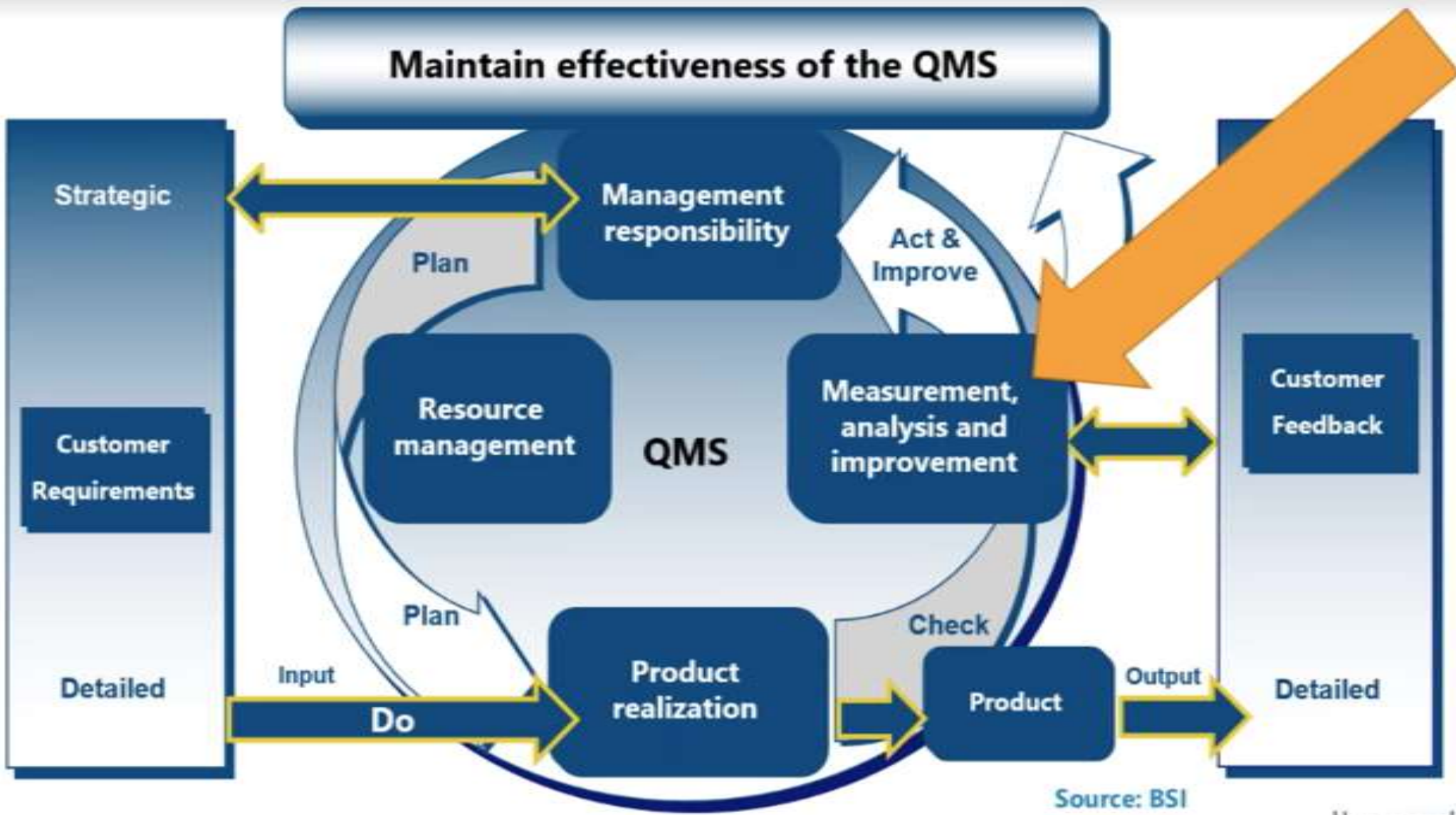
composé de Fool Time  
Equivalent  
(= FTE ou pharmacien chargé  
des affaires réglementaires)

# MATÉRIOVIGILANCE / CAPA (CORRECTIVE ACTIONS PREVENTIVE ACTIONS)

Types de risques	Dommages	Action de maîtrise du risque
Défaillance du logiciel	Données de mesures erronées	Ajout d'une fonction de surveillance du logiciel par des MAJ
Vieillesse	Perte de fonctionnalité prévue	Contrôle d'intégrité au démarrage ainsi que pendant le fonctionnement
Facteur humain / aptitude à l'utilisation	mauvaise utilisation du logiciel	Evaluations formatives
Cybersécurité	Perte de confidentialité des données / indisponibilité	Mise en place d'un système de protection des

te

# PROCESSUS DE MAINTIEN DE L'EFFICACITÉ DU



f

# LES COÛT QARA



année-1

0

1

2

3

4

5

6

SM  
DT  
QA 40-  
0k  
RA 40-  
0k

Audi	Audi	Audi	Audi	Audi	Audi	Audi	Audi
t	t	t	t	t	t	t	t
15k	5k	5k	15k	5k	5k	15k	15k
Cert	per	peri	Ren	peri	peri	Ren	Ren
if	o	o	v	o	o	v	v

Consultant maintien du SMQ et DT : 40/50k par an

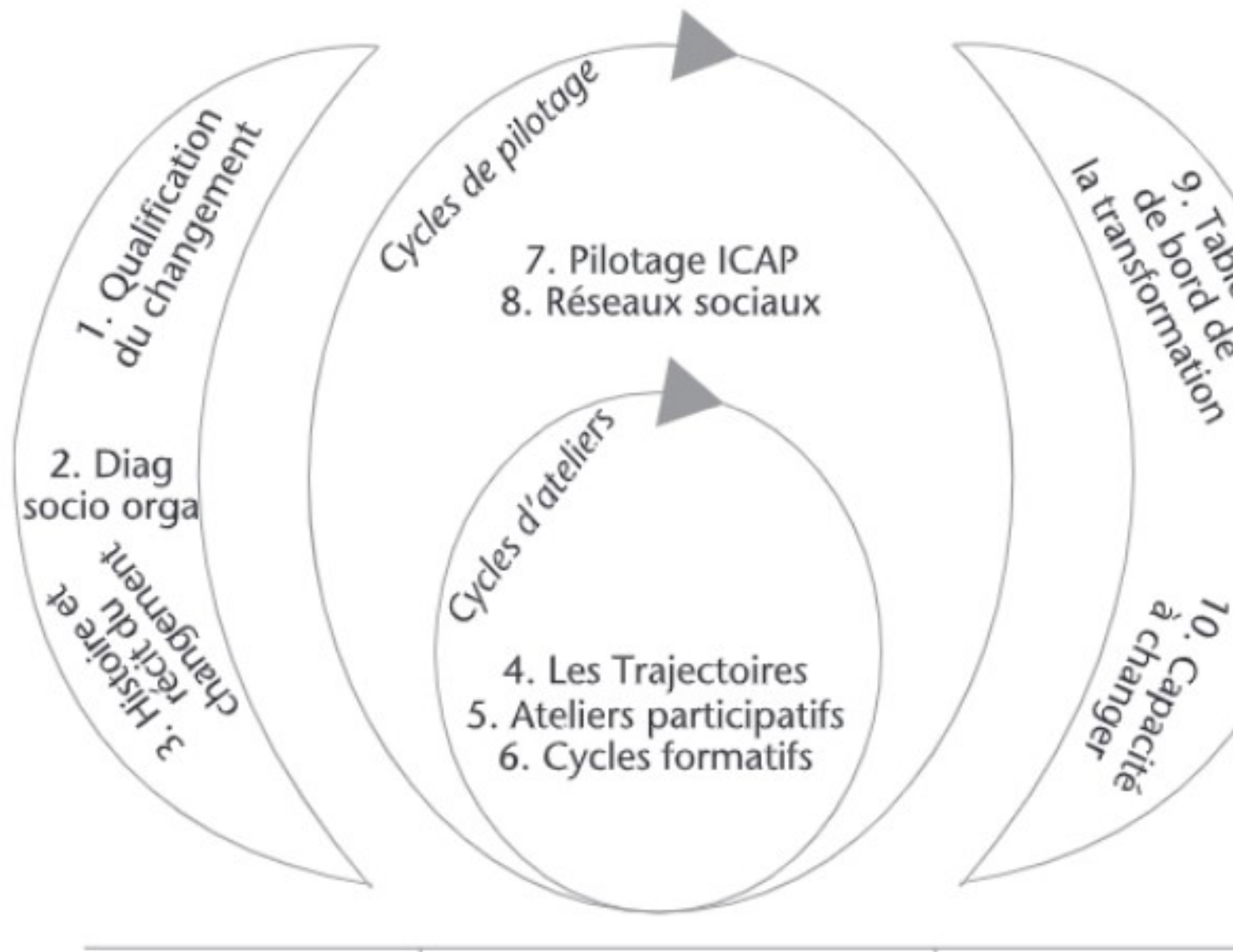
**Facture QARA**  
 Monter le SMG  
 .....100k  
 Certification....  
 65k

**GMED GROUPE LNE** Assure la certification triennale

# STRATÉGIE MARKETING



# LA CONDUITE DU CHANGEMENT (AUTISSIER)



# ANALYSE COÛT-EFFICACITÉ DU DM

07a Enjeux financiers de l'inobservance de l'AOMI en France

07b Le registre REACH (limites de ces études est le manque de données sur les conséquences économiques de l'utilisation de l'aspirine pour la prévention secondaire des événements CV chez les patients adhérents par rapport aux patients non adhérents)

07c Analyse cout-efficacité de l'observance à l'aspirine

07d Analyse coût efficacité d'un DM encadrant l'AOMI

07e

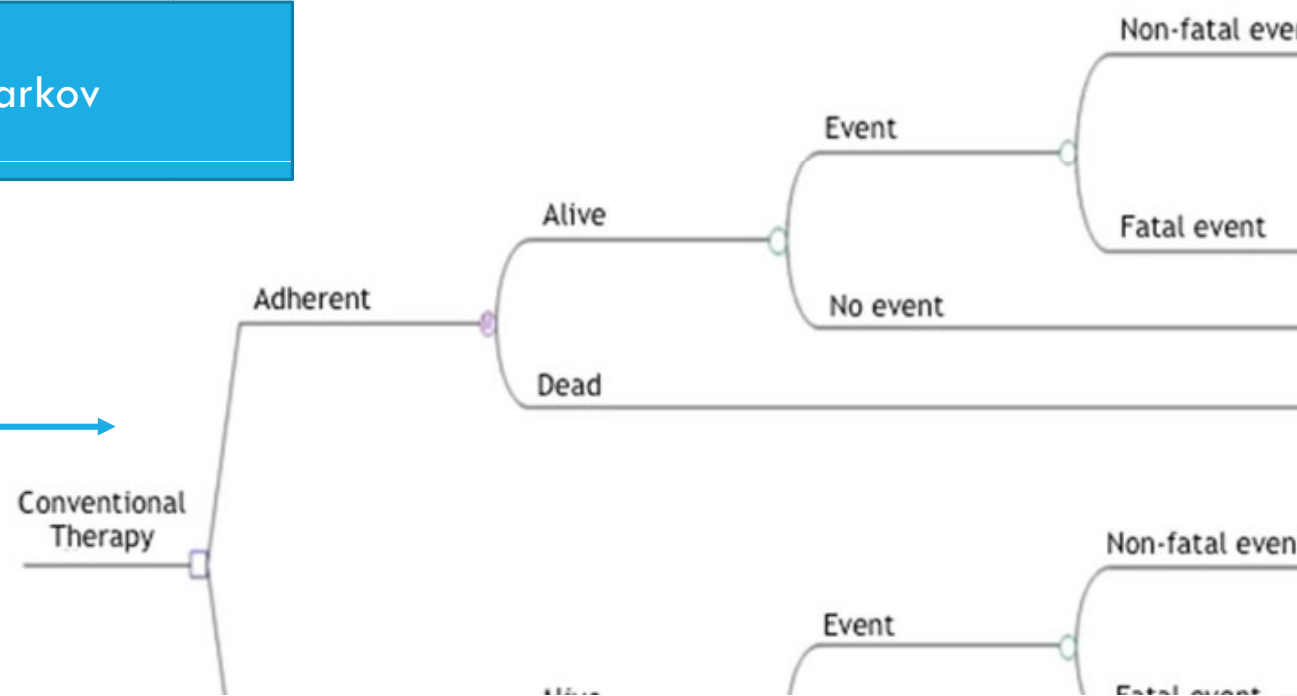
# ANALYSE COUT-EFFICACITÉ DE L'OBSERVANCE A L'ASPIRINE EN PREVENTION SECONDAIRE

## End points:

- Impact de l'adhésion à l'aspirine (en prévention secondaire sur les coûts des soins de santé,
- Efficacité [années de vie pondérées par la qualité (QALY)]
- Rapport coût-efficacité chez les patients ayant déjà subi un événement CV primaire

Modèles cout-efficacité de Markov

1 évènement CV induisant la prescription d'Aspirine



Cost-Effectiveness of Aspirin Adherence for Secondary Prevention of Cardiovascular Events Laurence M. Djatche1 • Stefan Varga1 • Robert D. Lieberthal2 - Pharmacoeconomics Open (2018) 2:371–380

# ANALYSE COUT-EFFICACITÉ CENTREE UNIQUEMENT SUR L OBSERVANCE A L ASPIRINE

**Table 3** Cost-effectiveness results of aspirin adherence for the base case in the non-diabetic population and type II diabetes population

Population	Strategy	Average 5-year cost per member	Average 5-year survival (QALYs)	Cost-effectiveness (cost per QALY)	Incremental cost-effectiveness ratio (cost per QALY)
Patients without comorbid diabetes	Non-adherent	US\$8414	3.15	US\$2671	Reference
	Adherent	US\$8420	3.40	US\$2476	US\$25
Patients with type II diabetes	Non-adherent	US\$14,024	1.37	US\$10,237	Reference
	Adherent	US\$13,727	1.73	US\$7934	Dominant

*QALY* quality-adjusted life year

Impact de l'observance secondaire de l'Aspirine =  
 - 297 USD par QALY chez les diabétiques de type 2  
 - ICER (rapport coût-efficacité de l'obs) chez les non diabétique = 25 USD par QALY chez les non diabétiques

# ENJEUX FINANCIERS DE L'INOBSERVANCE DE L'AOMI EN FRANCE

<p>Coût du DM NAOMI = 2€/patient/ mois/an 2020/2040</p>	<p>Année 2020/ 2040 *</p>	<p>Coût Inobservance Selon IGAS <b>(4,5% du budget)</b> 2020 / 2040</p>	<p>Economie de l'Observance (Djatche 2018) ** 2020 / 2040</p>
<p>17,7 M€ / 23,7M€ = <b>0,9 % du budget AOMI</b></p>	<p><b>711 000 / 950 000</b></p>		<p>NA</p>
	<p>498 000/ 665 000</p>	<p>NA</p>	<p>12,4 / 16,6</p>
	<p>210 000 / 310 000</p>	<p>NA</p>	<p>62,3 / 92</p>
	<p><b>1800 / 2700</b></p>	<p><b>81 / 120</b></p>	<p><b>74,7/ 108,6</b></p>

- 50% des > 65 ans en 2040

\* 25€/ Qaly/personne non diabétiques et 297 €/ Qaly/personne diabétique

# ENJEUX FINANCIERS DE L'INOBSERVANCE DE L'AOMI EN FRANCE

## 3 Hypothèses de Dépenses de santé évitables par NAOMI

711 000 AOMI traités en 2020/  
1 Million AOMI en 2040

1,8 Milliards en 2020  
2,7 Milliards en 2040?

Estimation de l'IGAS du coût  
de l'inobservance = 4,5% de  
l'ONDAM

1

Coût inobservance  
81M €/an en 2020  
120 M €/an en 2040

Impact de  
NAOMI  
2 hypothèses  
extrêmes

2

32,4 M €/an en 2020  
47 M €/an en 2040

3 %\* de  
réinterventions  
évitées (75% à froid  
– 25% en urgence)

3

207 M €/an en 2020  
300 €/an en 2040

25 %\*\*  
réhospitalisation  
évitées

\*Si 10% de répondants parmi les 30% de non observants

# COUT DU DM/ COÛT EFFICACITÉ DE L'INNOVATION

NAOMI  
=  
2€/ mois/an  
100000 patients

Coût NAOMI  
DM pour la  
CNAM  
=  
10 M € /an  
=  
0,5% du  
budget AOMI

## 3 Hypothèses de Dépenses de santé évitables par NAOMI

711 000 AOMI traités  
30% inobservants

Soins de ville = 866 M€  
Soins hospitaliers = 838 M€  
IJ, AT/MP et invalidité = 135 M€

Estimation de l'IGAS du coût  
de l'inobservance = 4,5%  
du budget

1

81M €/an  
liés à l'inobservance de  
l'AOMI

2 hypothèses  
extrêmes  
d'incidence

2

32,4 M €/an

3 %  
d'hospitalisation  
évitées (2700 M  
€/hospitalisation)

3

25 %  
réhospitalisation  
évitées

207 M €/an

Inclusion des coûts	Inclusion des coûts en fonction de la perspective		
	Patient	Assurance maladie	Société
<b>Coûts directs</b>			
du médecin et des infirmières	Oui/Non*	Oui	Oui
de consultation	Oui/Non*	Oui	Oui
de transport, frais divers (électricité, téléphone, ...)	Non	Non	Oui
<b>Coûts indirects</b>			
du patient, aides familiales, trajet (taxi, famille)	Oui	Non	Oui
à domicile durant la maladie	Oui	Non	Oui
<b>Coûts évités</b>			
de perte de travail pour la maladie	Oui	Non	Oui
de perte de travail en raison de la maladie	Oui	Non	Oui

## Tableau 2 Types d'analyses médico-économiques

\* QALY : Quality Adjusted Life Years ; années de vie ajustées à leur qualité (voir texte ci-dessous)

Type d'étude	Effets de santé mesurés	Unité des résultats de l'analyse ( )	Exemple
Minimisation de coûts	Aucun (effets considérés identiques), comparaison des coûts uniquement	Unité monétaire (par exemple \$)	Comparaison des coûts hospitalier et ambulatoire pour une infection
	<b>Coûts</b>		
	<b>A &lt; B</b>	<b>A &gt; B</b>	
<b>Efficacité</b>	<b>A &gt; B</b>	<b>Situation 1</b> A + efficace et - chère que B <b>A «domine» B</b>	<b>Situation 2</b> A + efficace et + chère que B <b>Analyse nécessaire</b>
	<b>A &lt; B</b>	<b>Situation 3</b> A - efficace et - chère que B <b>Analyse nécessaire</b>	<b>Situation 4</b> A - efficace et + chère que B <b>A «est dominé» B</b>

Intervention	Coût par patient
Conseils à l'arrêt du tabac par des médecins praticiens*	Données manquantes (= économiquement gagnant) 400 \$ par patient
Remplacement d'une hanche pour les hommes de > 85 ans souffrant d'ostéoarthrose**	4000 \$
Traitement d'aspirine en prévention secondaire***	1100 \$
Hémodialyse péritonéale à domicile****	7500 \$
Ajout de bevacizumab (anticorps monoclonal) à la chimiothérapie standard du cancer colorectal métastatique*****	14000 \$

\* Solberg LI, et al. Am J Prev Med 2006;31:62-71.

\*\* Chang RW, et al. JAMA 1996;275:858-65.

\*\*\* Gaspoz JM, et al. N Engl J Med 2002;346:1800-6.

\*\*\*\* McFarlane PA, et al. Kidney Int 2003;64:1004-11.

\*\*\*\*\* Tappenden P, et al. Eur J Cancer 2007;43:2487-94.

margi



# VALORISATION

Valeur de l'innovation NAOMI

Key resources

Business Plan

# Un Ciblage Économique axé sur le marquage CE et le remboursement CPAM

## Services Hospitaliers et cliniques prenant en charge l'AOMI

+300 Établissements prenant en charge 300 000 patients/an environ (hospitalisation + consultations)

Année	Nombre d'établissements	CA
1	5	131 700
2	30	804 300
3	100	2 735 160
4	200	5 563 089
5	250	7 038 052
6	300	8 673 773
7	300	8 849 176
8	300	9 107 091
9	300	9 372 744
n	300	9 646 366

### SETUP

15,000

€

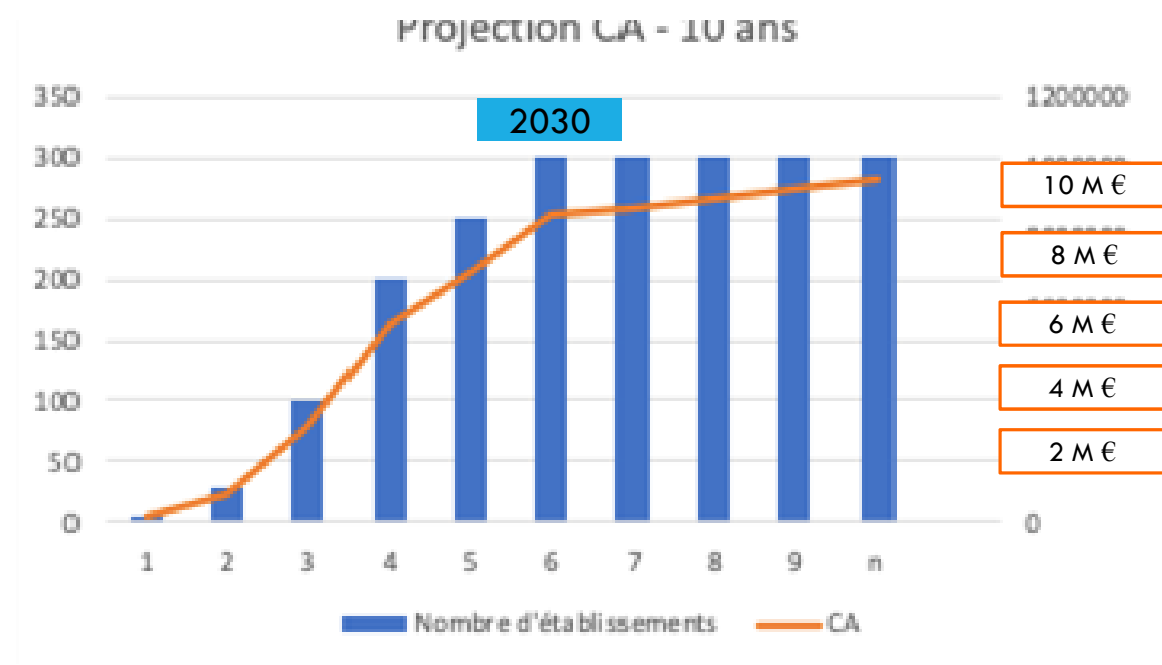
5000€ / Data Point / période de 6 mois

### Gestion de plateforme

700€/mois

### Forfait Utilisateur

2€/mois/utilisateur



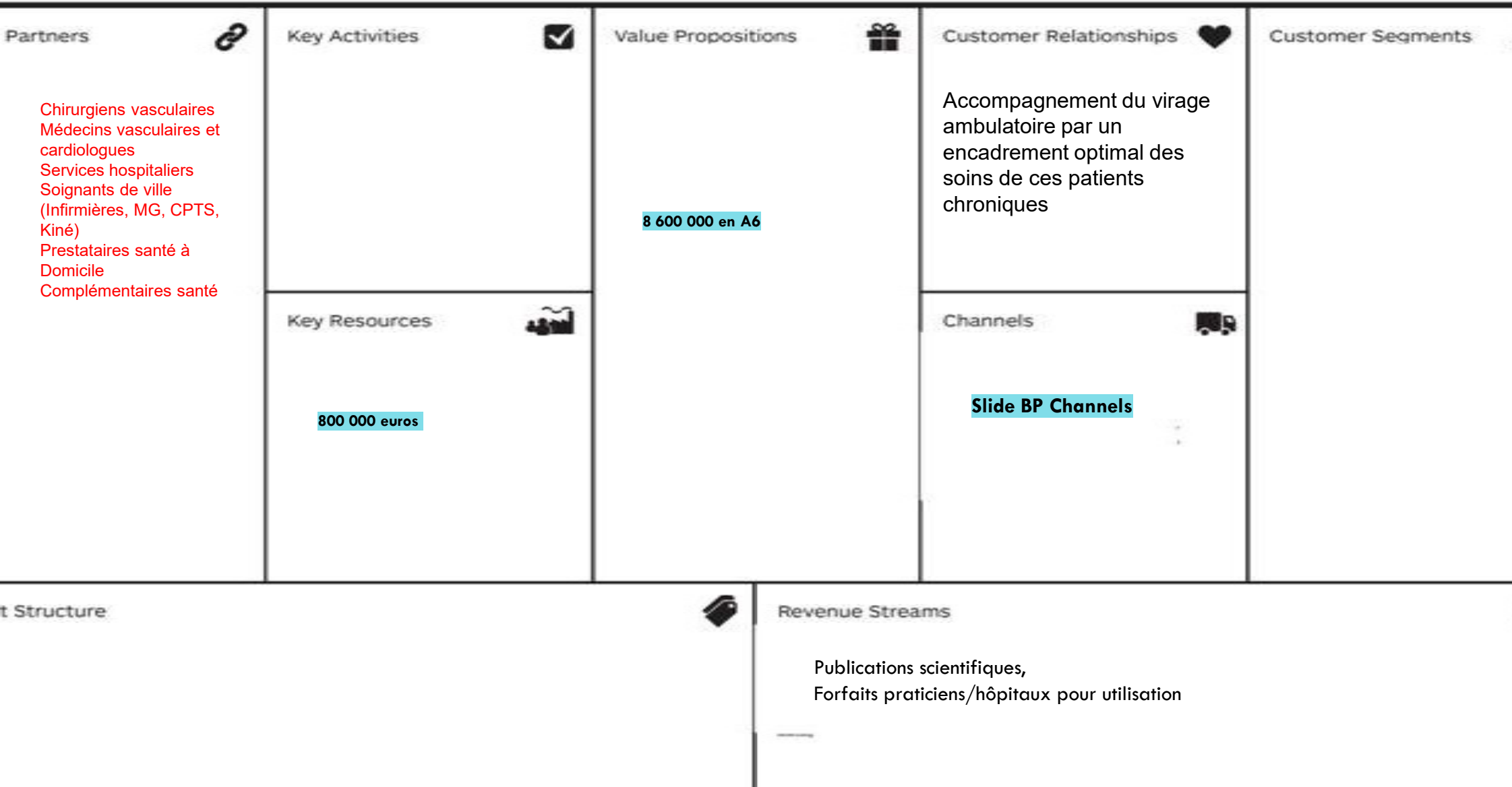
## Diapositive 55

---

- 1** Bon allez, ca frôle le délire :)  
Ziad MOURAD; 11/05/2022
- 2** peut etre ajouter la notion de cible economique au dessus de services hospitaliers et cliniques sous forme de bulle  
Olivier MADAR; 11/05/2022

Produit web	Descriptif	Tarif	Coût initial / an (A-1 –A3)	Forfaitaire	durée abonnement
<b>Plateforme</b>	Création de l'application Création du site / API Hébergement E-CRF  <b>TOTAL :</b>	300 000€ / sur 3 ans 40 000€ 10 000€ 15 000€ <b>365 000€</b>	<b>100 000€</b>		Forfaitaire
<b>Réglementation</b>	RUO puis marquage CE  <b>TOTAL :</b>	Création 165000€ Suivi Annuel 45000€  <b>210000€</b>	<b>50 000€</b>		4
<b>Etude clinique</b>	Etude clinique Biostatisticien Attaché de recherche clinique	<b>100 000€</b>	<b>30 000€</b>		-
<b>Référencement</b>	Initiation SEO Entretien SEO SEA Suivi KPI  <b>TOTAL :</b>	8 000€ 15 000€ 15 000€ 5 500€ <b>43 500€</b>	<b>15000€</b>		Forfaitaire  300€ / mois
<b>Webinar</b>	6 sessions via InvivoX avec communication et replay	<b>36 000€</b>	<b>12 000€</b>		Forfaitaire
<b>Emailing Vidal</b>	2 envois aux vasculaires	<b>15 000€</b>	<b>5000€</b>		Forfaitaire
<b>Podcast</b>	6 podcasts	<b>12 000€</b>	<b>4 000€</b>		Forfaitaire
<b>Presse</b>	L'interventionnel, Prescrire, etc	<b>6 000€</b>	<b>2000€</b>		Forfaitaire
<b>Budget total</b>		<b>800 000 €</b>	<b>220 000€</b>		

# BUSINESS PLAN NAOMI





# BUSINESS MODELE (DAUCHY)

# VALEUR DE L'INNOVATION

$$R\ NPV = \sum P.FCF_n$$

CA = Nouveaux revenus + revenus récurrents

Nb établissements \* (Setup + entretien + forfaits utilisateurs)

$$CA = DX * (15000 + 8400 + (2 * 12 * 1000 * 1,03^{n-1})) \\ + X(n-1) * (8400 + 2 * 12 * 1000 * 1,03^{n-1})$$

° Variable importante non intégrée: le doublement de la population de + de 65 ans en 2040, et donc le doublement du nombre de patients pris en charge

# ANNEXES INOBSERVANCE EN PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE

eri SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. Am J Med 2015;125:882-7.e1

er RH, Perel P, Navarro-Ruan T, et al. Improving medication adherence in patients with cardiovascular disease: a systematic review. JAMA 2018;320:1238-43

at effectiveness of aspirin adherence for secondary prevention of CV events. Laurence Djatche. Pharmacoecoon Open. 2018;1(4):371-380

servance des malades au traitement par les antihypertenseurs : enquête auprès de 94 patients dans le cadre de l'officine Pascale l'année 1994

terberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353; 487-497

erence in treatment of cardiovascular diseases. N El Bèze, A Vallée, J Blacher. Médecine des maladies Métaboliques - Octobre 2018 - N°6

LETTRE 2021 Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2022 (loi du 13 août 2004)

pages 11 et 12: page prise en charge de l'AOMI/ Ameli/ 9 Juin 2021

# Label de bientraitance en chirurgie vasculaire des patients ET des soignants

Nov 2021: Création d'un partenariat SCVE –  
Persomed



&



Jan 2022: Création du comité label de la  
SCVE

8 Cliniques: Annecy, Bordeaux, Rillieux, Rouen, St Brieux, Toulouse, Dijon

6 CHU: Dijon, Lyon, Marseille, Nice, St-Etienne, Amiens

1 CH: Colmar

Jan à Mai 2022 – Travail réalisé

Objectif 1 : Définition des **indices de bientraitance des soignants (structurels)**

Objectif 2 : Définition de 12 **critères de bientraitance des patients vasculaires**

Objectif 3: intégration des **critères génériques de bientraitance (HAS)**

# LABEL BIEN TRAITANCE SCVE

PRATIQUE ET POUR CHAQUE UNITE DE  
SCULAIRE



## 1. AUDIT INITIAL SUR LE TERRAIN par chargés de mission Persomed – SCVE :

1/ « INDICE STRUCTUREL DE BIEN TRAITANCE © »

Les conditions de travail, élaboré avec la S

2 / « INDICE DE LA BIEN TRAITANCE GENERIQUE © »

Les 4 repères de l'I

3/ « INDICE DE LA BIEN TRAITANCE SPECIFIQUE © »

Les 12 points clés de la discipline, élaboré avec la S

## 2. MISE A DISPOSITION PLATEFORME AUDIT ET ENCADREMENT PATIENTS – Chargés de mis

### 3. FORMATIONS CIBLEES par Persomed-SCVE

- Formation de base - 3h : Présentation du label retour des audits, co-construction du « **PLAN D'ACTION** »
- Formations complémentaires DPC

# Modèle médico-économique

Financement quasi  
autonome de la  
habilitation par:

- Abondement hospitalier
- 5% déduction de RCP  
libérale

+  
Formations DPC

**Reversion à la SCVE  
De 10 à 20 % du Chiffre  
d'affaires annuel réalisé par  
Persomed**

**Systeme  
vertueux**

**Projet innovant  
À forte valeur ajoutée  
qualitative**



**Rapport d'évaluation des conditions de travail des soignants réalisé par les praticiens exerçant à la clinique générale d'An**

te : 06/02/2022

port inspiré de la Grille d'évaluation des facteurs de risques psychosociaux

**I - Intensité, complexité et horaires de travail des équipes soignantes de la Clinique mises à disposition contractuellement pour l'exercice des praticiens**

**II - Rapports sociaux-professionnels au sein de la Clinique Générale**

Question 7 : Confrontation à la souffrance d'autrui

Les praticiens ont-ils les moyens d'agir efficacement ?

Question 9 : Conséquences des conditions de travail paramédicaux sur l'activité des praticiens

Le

**IV - Conflits de valeurs**

**V - Dialogues internes et externes à l'établissement**

# PLAN SANTÉ 2022

## GROUPE DE TRAVAIL CHIRURGIE

**Fabien THAVEAU**  
**Laurence DESTRIEUX**

### **3 ans de gestation**

- **Abandon du projet initial (gradation des soins)**
- **Relais par registres d'observation des pratiques**
- **Deadline de mise en place= 06/2024**

# **REGISTRE PROFESSIONNEL DE CHIRURGIE VASCULAIRE = DATAVASC**

Objectifs:

**Répondre aux exigences ministérielles**

**Assurer la visibilité de l'activité chirurgicale endovasculaire/ radiologie, cardiologie**

**Valeur comparative avec l'ATIH**

**Permettre l'utilisation des datas pour la recherche clinique**

# **REGISTRE PROFESSIONNEL DE CHIRURGIE VASCULAIRE DATAVASC**

**Problèmes:**

**Seulement 214 dossiers saisis en 2 ans**

**Causes humaines : saisie chronophage (10 à 30 minutes/BO)**

**Causes financières : absence de compensation des tutelles/ tps  
passé**

# Registre professionnel de chirurgie vasculaire

## Datavasc

### 3 Risques:

**0 datas => Mise en jeu de l'accréditation des établissements**

**datas minimales saisies => inexploitable**

**datas exhaustives =>  charge administrative des chirurgiens**

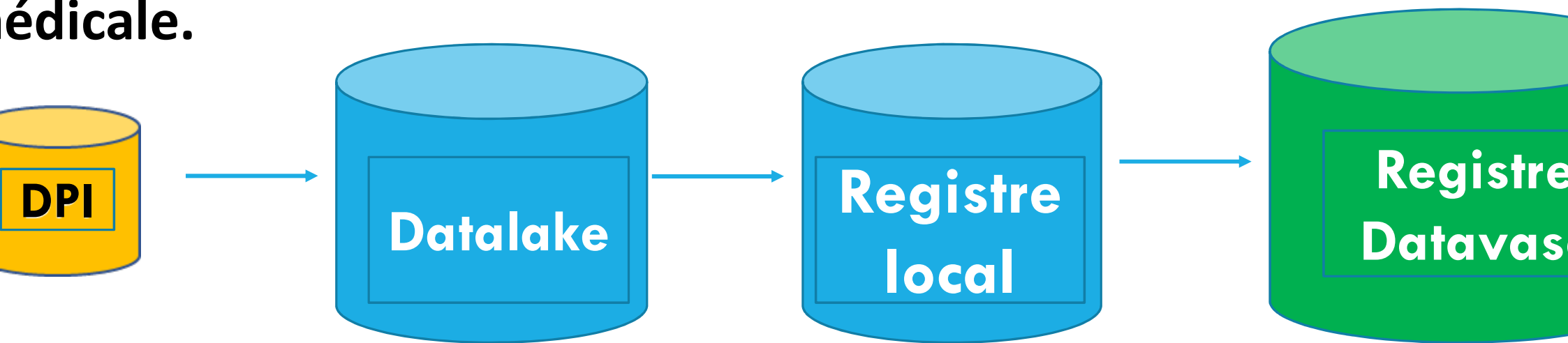
**utions:**

## **Automatisation de la saisie du registre DATAVASC**

**Développement d'un automatisme de collecte des données**

**Diminution maximale du temps de saisie des données**

**Limiter l'effort de saisie aux informations à valeur ajoutée médicale.**



# Déploiement de l'automatisation de Datavasc à 3 échelles

## Type de données

1 • Transfert des données administratives

2 • **Transfert des données structurées**  
⑩ CIM-10 et CCAM

3 • **Transfert des données non structurées**  
⑩ Issues des CRH et CRO

## Etablissements hospitaliers

1 • **CH COLMAR**

2 • **HCL**

3 • **Groupe Vivalto**

## Type de logiciels

1 • 1 logiciel (DPI)

2 • 2 logiciels (DPI)

3 • X logiciels (DPI)

# ANNEXES

10: page prise en charge de l'AOMI/ Ameli/ 9 Juin 2021

deri SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Med* 2012;125:882-7.e1

er RH, Perel P, Navarro-Ruan T, et al. Improving medication adherence in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Heart* 2018;104:1238-43

**Best effectiveness of aspirin adherence for secondary prevention of CV events. Laurence Djatche. Pharmacoeconomics**  
**2018 Dec;2(4):371-380**

servance des malades au traitement par les antihypertenseurs : enquête auprès de 94 patients dans le cadre de l'officine Pascale Br  
994

terberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 2005; 353; 487-497

**Adherence in treatment of cardiovascular diseases. N El Bèze, A Vallée, J Blacher. Médecine des maladies Métaboliques - Octobre**  
**2012 - N°6**

**LETTRE 2021 Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance  
Maladie au titre de 2022 (loi du 13 août 2004)**

**Tableau I. Score d'observance de Girerd [15].**

Ce matin, avez-vous oublié de prendre votre médicament ?

Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?

Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure ?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous fait défaut ?

Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?

Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?

Compter un point par réponse notée « non » :

- Bonne observance : score = 6

**Tableau II. Stratégies pour améliorer l'observance.**

Identifier la non-observance	Interrogatoire, rendez-vous r mauvaise réponse thérapeut questionnaires, dossier phar
Interroger sur les barrières à l'observance	
Rappeler les bénéfices du traitement	
Simplifier l'ordonnance	
Personnaliser le traitement	
Utiliser des dispositifs type pilulier	
Impliquer la famille	
Utiliser les médicaments « indulgents » à l'oubli isolé de prise	Longue demi-vie, par exemp plutôt qu'hydrochlorothiazid
Outils de rappels de prises (SMS, smartphone)	
Éducation thérapeutique du patient (ETP)	
<i>Check-list</i> de sortie d'hospitalisation	

- Le soin cardiovasculaire est particulièrement sujet à la non-observance.
- De nombreuses études rapportent une observance aux traitements d'environ 50 %.
- La non-observance aggrave le pronostic du patient.
- Il importe de se préoccuper de l'observance de nos patients – la mauvaise observance étant rarement rapportée spontanément par le patient.
- La qualité de la relation médecin-malade reste la pierre angulaire de la prise en charge des patients.

## *Conclusion et perspectives*

La problématique de l'observance en médecine cardiovasculaire concerne un grand nombre de patients, avec des conséquences visibles multiples, tant sur le plan pronostic, mais aussi de la qualité de vie. Malgré les axes d'amélioration identifiés, il faut rappeler que la problématique de la non-observance a longtemps manqué de recherche, et il n'y a guère – à ce jour – de prise de conscience suffisante nécessitant d'actions de santé publique.

En effet, le médecin peut d'ores et déjà mettre en œuvre des mesures individuelles pour prendre compte de la non-observance à son niveau, mais cette prise en charge doit être globale qu'accompagnée de mesures de santé publique. L'observance est le fruit d'une certaine maturité des relations médecin-malade, au sein d'une « conscience collective » des maladies cardiovasculaires, que ce soit en prévention primaire ou

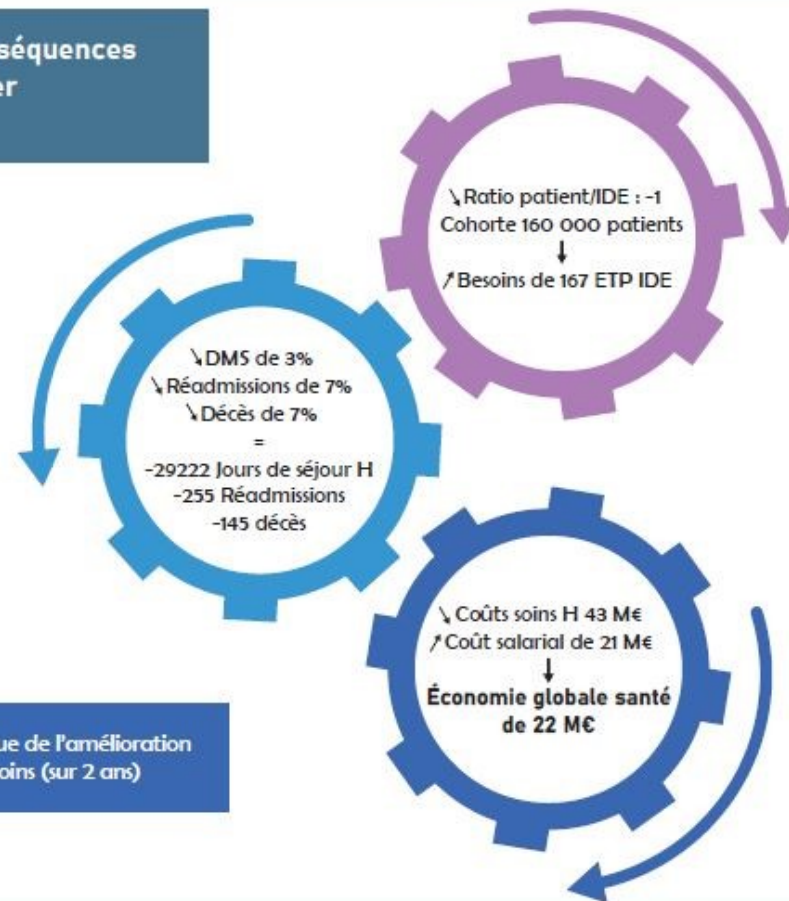
# Impacts médico économiques de l'augmentation de la dotation infirmière en hospitalisation chirurgicale

Étude multicentrique australienne analysant les conséquences d'une politique de diminution du ratio patient/infirmier  
55 hopitaux - 489 155 patients

28 H : Ratio patient/IDE (R libre = 6,04)  
versus  
27 H : Ratio patient/IDE (R à 4,37)

Impact médical de la diminution de charge de travail des IDE

Impact économique de l'amélioration de la qualité des soins (sur 2 ans)



# Augmenter les ratios Infirmiers /patients pour alléger la charge de travail en chirurgie

Linda Aiken

71 publications scientifiques en 9 ans

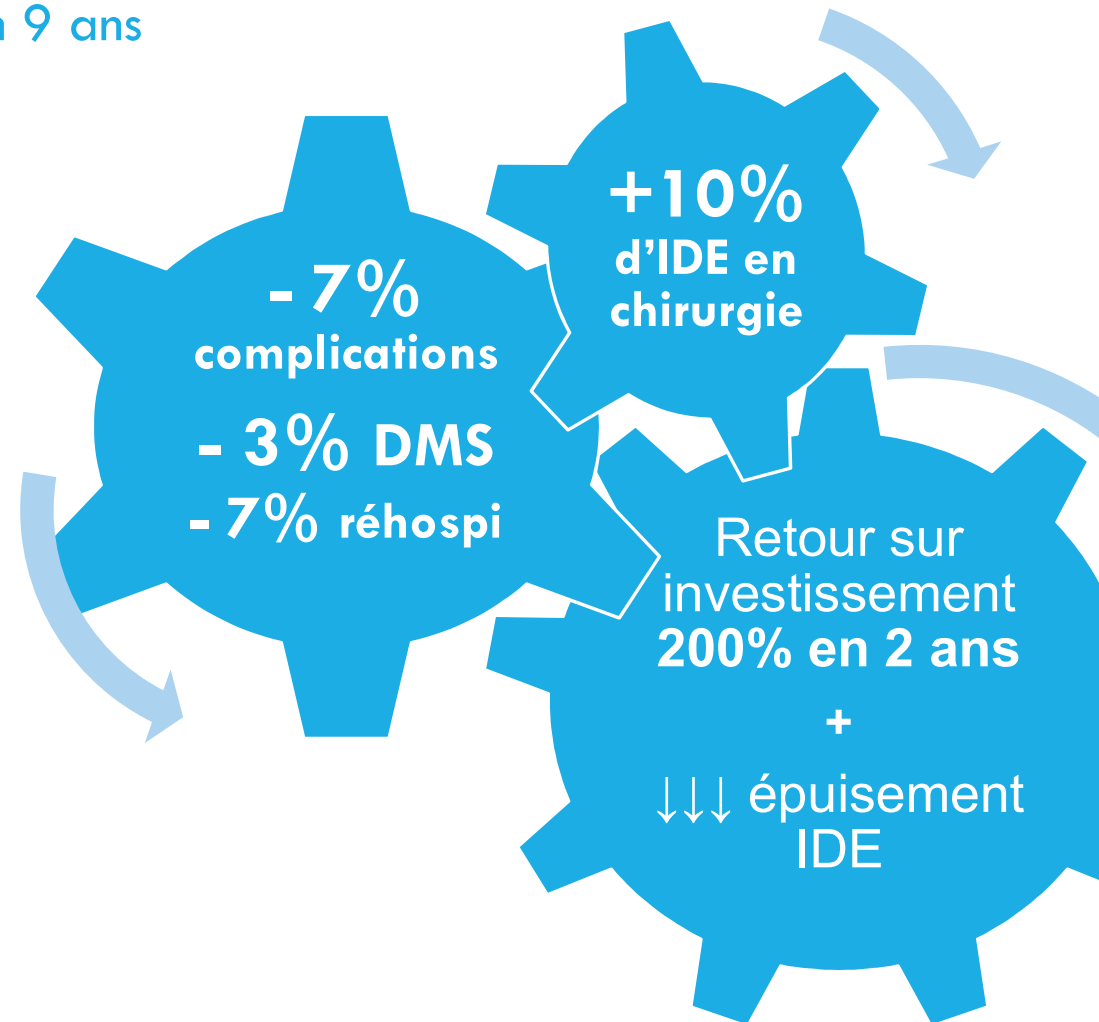
Modèle organisationnel d'efficience des soins :

## Modèle médico-économique

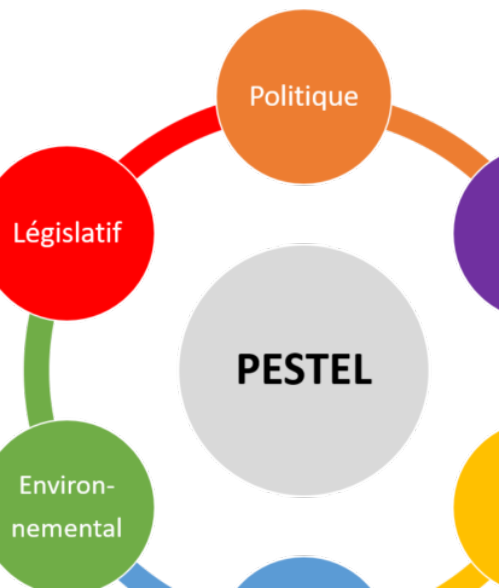
10 ans de recul  
14 pays d'Europe  
19 états des USA  
30 pays du monde  
1,5 millions de patients

Résultats concordants et se consolidant

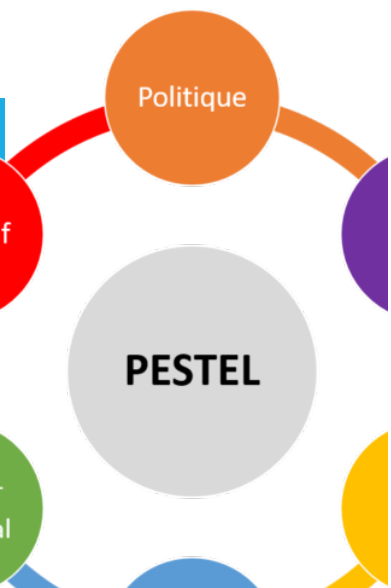
..... Jamais expérimenté en France



# Pourquoi expérimenter N4CAST en France ?



<p><b>POLITIQUE DE SANTE</b></p> <p>Sortir de la T2A</p> <p><u>par le haut</u></p>	<p>Projet de réforme 2016</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Révision des modes de financement</li> <li>- Qualité et pertinence des soins</li> <li>- Adéquation des ressources</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Point IFAQQ (absentéisme)</li> <li>• PROMS (DC, inf noso réadmission)</li> <li>• Outil E-Satis (Exp salarié)</li> <li>• <u>Expérience patients</u></li> </ul>
<p><b>ECONOMIE DE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- T2A</li> <li>- Déficit de la SS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicateurs de sécurité et de vigilance HAS</li> <li>• Impératifs IPAQSS</li> <li>• Propositions de calculs des ratios pour Qualité et Sécurité des soins</li> <li>• Crédits de mission d'intérêt général gelés</li> </ul>



<p><b>SOCIETAL</b></p>	<p><b>Inadéquation <u>entre</u> <u>l'offre</u> de soins <u>et</u> la demande</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vieillesse de la population ↗ besoins de soins de 43% en 2030</li> </ul> <p>Pénurie de soignants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Génération Z</li> <li>• Pandémie COVID</li> </ul>
<p><b>TECHNOLOGIE</b></p>	<p><b>Outil RN4CAST</b></p>	<p>1.5 millions de patients, 30 pays</p>
<p><b>ECOSYSTEME</b></p>	<p><b>Virage Ambulatoire</b></p>	<p>Absence d'attention apportée aux ratios dans une réorganisation pour un virage ambulatoire sécurisé</p>
	<p>- RPS et risque Prud'hommes des</p>	<p>Surcharge de travail, insécurité des soins</p>

# Objectif 1 : Indices structurels de

## PRÉREQUIS AU DÉVELOPPEMENT D'UNE PRATIQUE BIENTRAITANTE DES PATIENTS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS – 5 AXES



**Relation au patient :** Outils, ressources et temps suffisant

**Environnement de travail** donnant accès à des formations complémentaires

**Réseau de soins :** Accès simple à un réseau de soin local permettant les prises en charge multidisciplinaires

**Prestations de la structure :**

1. Gestion des ressources humaines : Respect des continuités des tâches, stabilité des équipes et des organisations, compétences spécifiques, travail binôme de soignants équilibré en niveau de compétences, transferts de tâches quand nécessaires
2. Formations des personnels
3. En consultation : Matériels, ressources et locaux
4. En unité de soins : Matériels, ressources et locaux
5. Au bloc : Matériels, ressources et locaux

**Communication et collaboration :** Supports disponibles, temps d'échanges réguliers entre les parties prenantes (personnels-cadre-professionnels de direction), debriefing systématique des événements indésirables, etc.

Basé au point d'un « **INDICE STRUCTUREL DE BIENTRAITANCE®** »

100 % : Toutes conditions remplies pour une bientraitance optimale des patients ...

# Objectif 2 : Bientraitance des patients en

discipline

## DÉTERMINATION DE 12 CRITÈRES:

*Premières propositions :*

*Information concertée complète des patients*, sur la prise en charge de leurs pathologies chroniques qui y sont liées.

*Information au patient systématisée et consensuelle en cas de modification du projet thérapeutique.*

*Sécurité et confort du patient au bloc opératoire.* (Accueil, installation, pudeur, chaleur, etc.)

*Soutien des malades alités* (changement régulier de la position du patient, formation des soignants pour l'aide à la mobilisation, chambre particulière systématique, etc.).

*Alimentation alimentaire maîtrisée* (lutter contre les risques de déshydratation, éviter la sous-alimentation hospitalière, prévention de la dénutrition, favoriser l'appétence, etc.)

*Soutien du patient en unité de soins* (Mobilisation, visites, soutien psychologique, etc.)

*Compétences spécifiques des ressources humaines* (Plaie et pansements, manipulations, gestion de la douleur, radioprotection, diététique, etc.).

*Prévention d'autonomisation post-opératoire précoce* (kiné, nursing, aide à la toilette, encadrement technique et psychologique) et, si besoin, de suivi adapté des comorbidités

*Prévention du handicap* au service et au retour.

*Prévention 24/7 de la douleur*

*Soutien psychologique, en particulier en cas de risque de syndrome de glissement*

*Autonomie, encadrement et auto-surveillance du patient.* Mise en capacité d'évaluation de son expérience patient (PROM&PREM, questionnaires satisfaction, etc.).

au point d'un « **INDICE DE BIENTRAITANCE SPECIFIQUE©** »

LES « POINTS CLES » DE LA BIENTRAITANCE SPECIFIQUE DE LA DISCIPLINE

*Chaque point sera détaillé dans sa mise en œuvre pratique*



# LABEL BIEN TRAITANCE SCVE :

## LEMENTS FINANCIERS (INDICATIFS) :

### Pour une unité de soins :

- 1. Accès au service :** Réalisation des audits + mise à disposition de la plateforme d'information et d'encadrement
  1. Par praticien « titulaire » : 1 000 € / an (300 € si libéral labélisé en cabinet)
- 2. Formation de base pour l'équipe (Obligatoire) - 3h :**
  1. 40% du tarif « Accès au service » (Aide au financement possible : Fonds de formations, fonds amélioration qualité, certification, etc.)
- 3. Formations complémentaires DPC (Facultatives) : Médecins, IDE, IBODE, IADE**
  1. Une action 2x3h / 1 an : 700 € pris en charge ( Financées par les fonds de formation (OPCO, agence DPC, etc.)

### Pour un praticien en cabinet libéral :

- 1. Accès au service :** 1 000 € / an (Réduction 5% prime RCP ou abondement selon assureur RCP)
- 2. Formation de base :** 400 €
- 3. Formations complémentaires DPC (Facultatives) :** 700 € / action pris en charge Agence DPC

**OBJECTIF : NEUTRALISER LE COUT DU LABEL EN REALISANT DES FORMATIONS FINANCEES**  
**Toute action de formation DPC réalisée par Persomed sera prise en charge par les fonds de formation et 50% de la somme facturée pour la réalisation de cette action sera déduite du coût d'accès au services (max 70% du tarif initial)**

