Journées Scientifiques de Broca

13e édition

Télésurveillance de l'insuffisance cardiaque, nouvelles données

Pr Patrick Jourdain

Cardiologue, Directeur médical, Ramsay Santé Paris

Journées Scientifiques de Broca 2026 · jeudi 1er octobre 2026, 15 h 30

JSB 2026

Déclaration de liens d'intérêt

Au cours des trois dernières années, j'ai eu une affiliation ou des intérêts (financiers ou de nature non pécuniaire) avec la ou les société(s) suivante(s):

- Aucune

A quels défis avons-nous à faire face ?

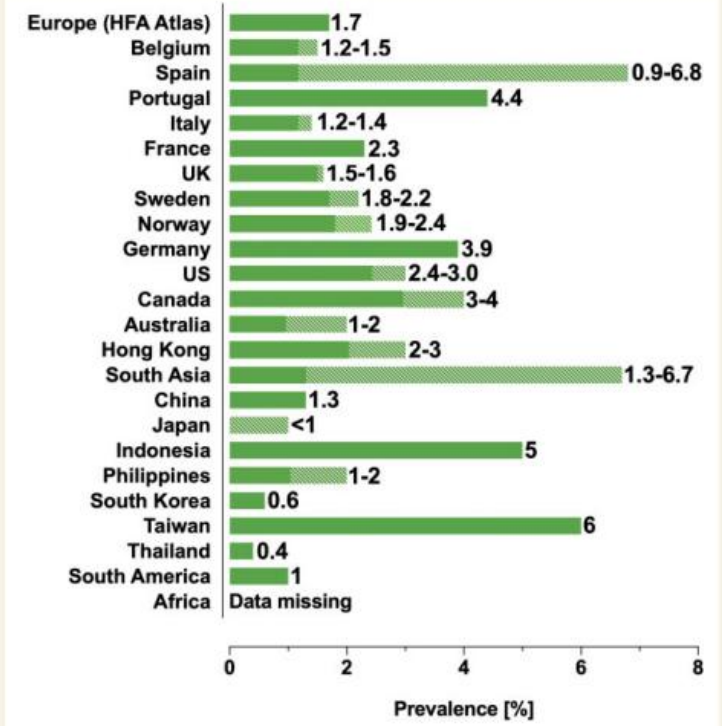
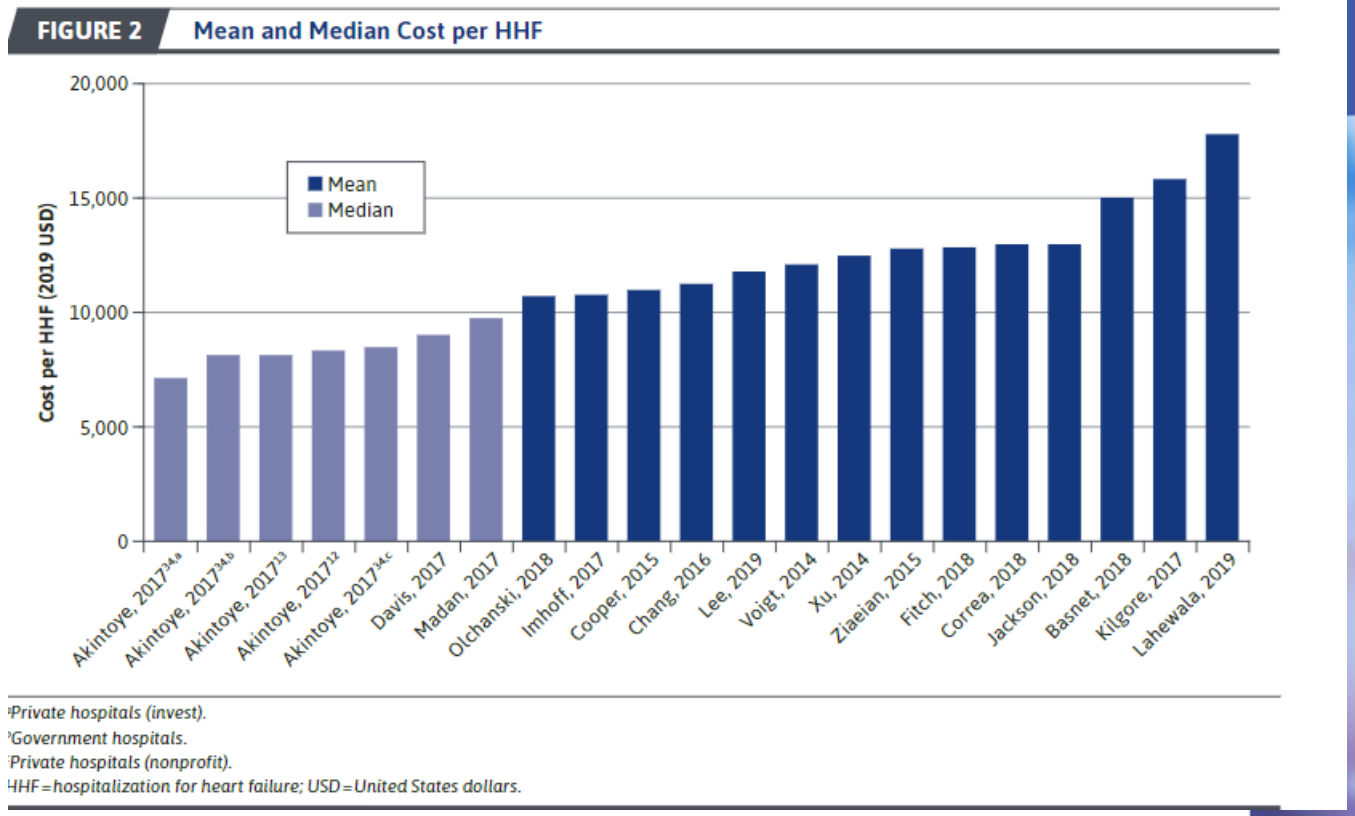


Figure 1 Prevalence of heart failure worldwide. HFA, Heart Failure Association; UK, United Kingdom; US, United States.

Le vieillissement de la population qui conduit à une forte prévalence de l'insuffisance cardiaque



la majoration des coûts des hospitalisations et des traitements

Cardiovascular Research (2022) **118**, 3272–3287

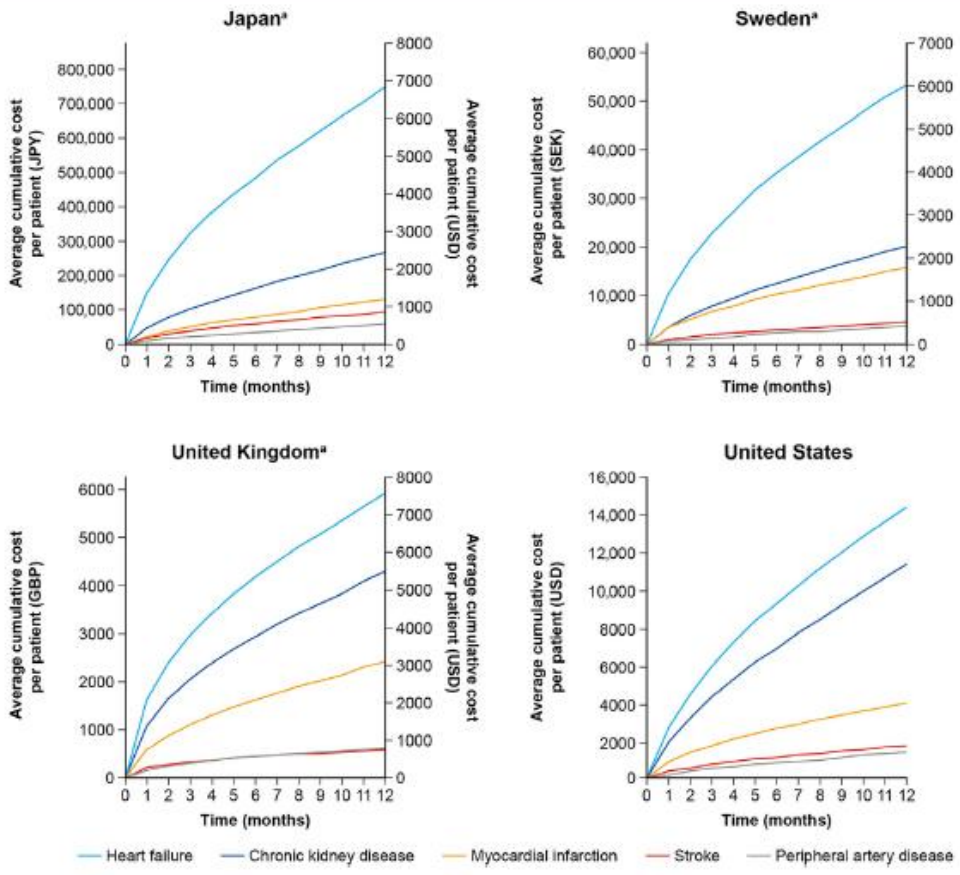
Un déséquilibre entre l'offre et la demande…





L'insuffisance cardiaque reste une maladie coûteuse et l'est de plus en plus…

FIGURE 2 Health Care Costs 12 Months After a First hHF Discharge



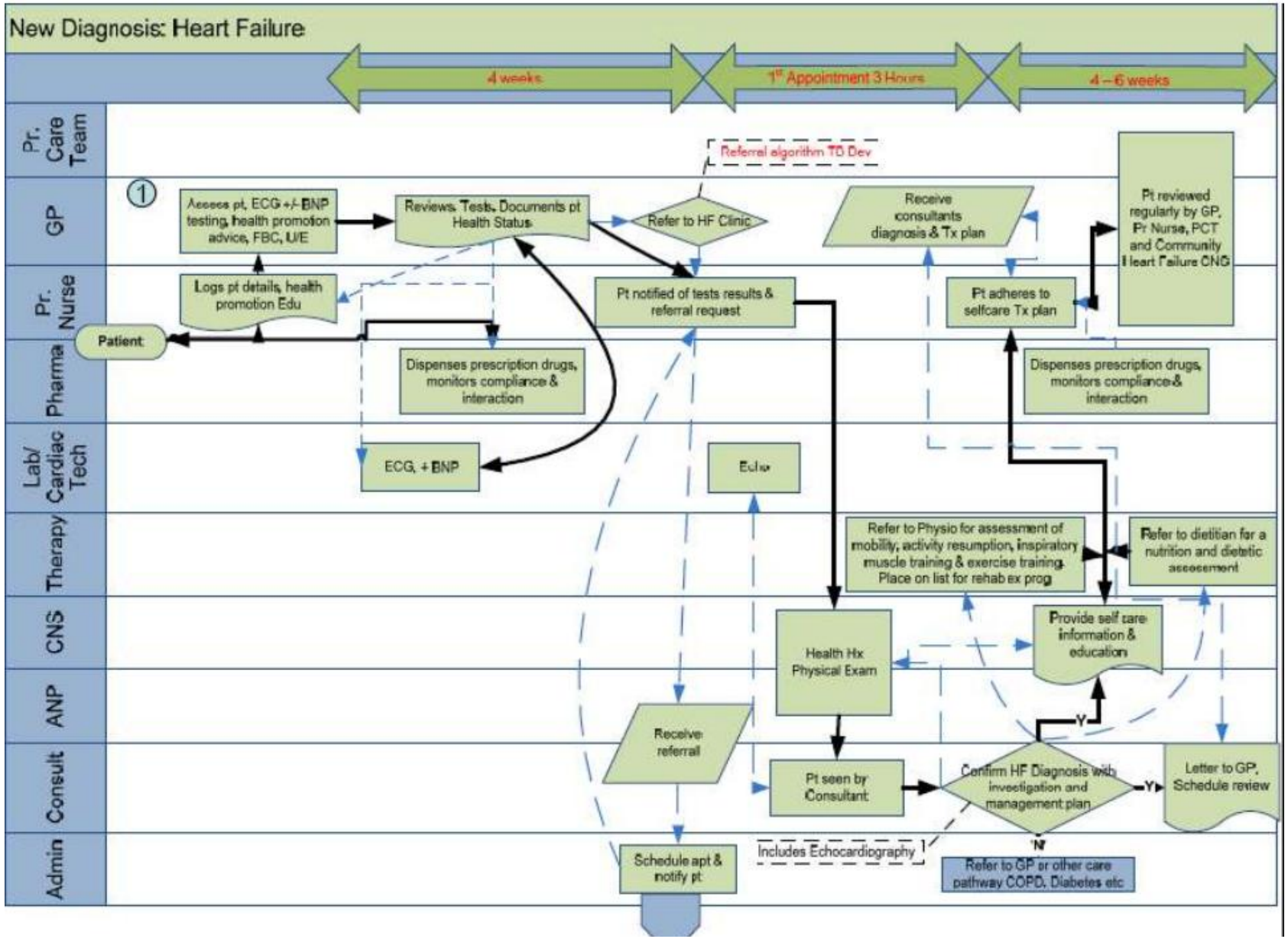
Average cumulative hospital health care costs per patient in 263,525 unique patients (enrolled 2018-2020) in the 12 months after a first hospitalization for heart failure (hHF) discharge reported in USD and local currency. Index hHF costs were not included. [a]Conversion rates from January 1, 2019 used (1 JPY = 0.0091 USD; 1 SEK = 0.1127 USD; 1 GBP = 1.2752 USD); currency was converted simply by applying conversion rates, without considering differences in purchasing power. GBP = British pound sterling; JPY = Japanese yen; SEK = Swedish krona; USD = United States dollars.

Mortality, Outcomes, Costs, and Use of Medicines Following a First Heart Failure Hospitalization

EVOLUTION HF

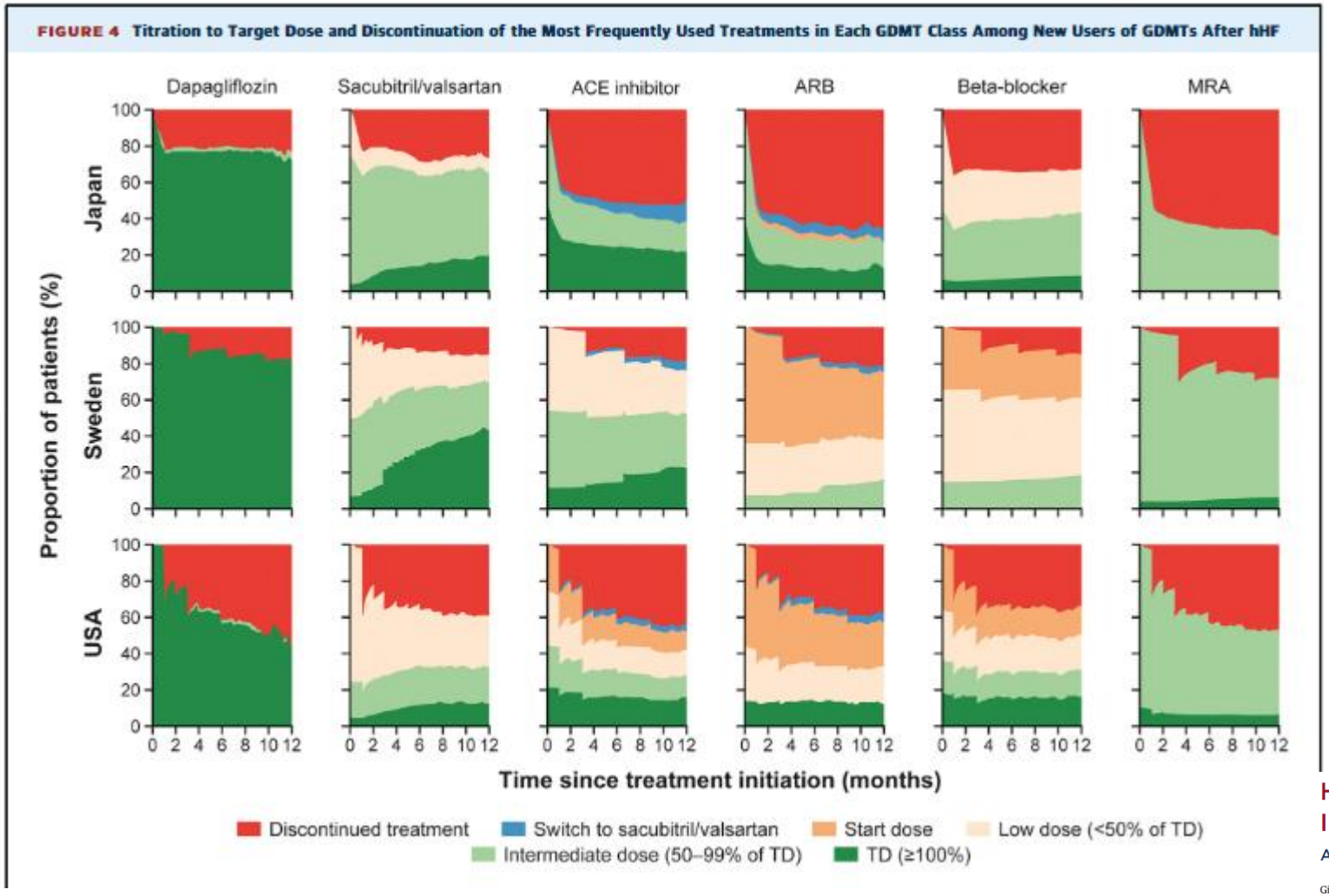
Biykem Bozkurt, MD, PhD,[a] Gianluigi Savarese, MD, PhD,[b,c] Samuel Adamsson Eryd, PhD,[d] Johan Bodegård, MD, PhD,[d] John G.F. Cleland, MD,[e] Cindy Khordoc, PharmD,[f] Takuya Kishi, MD, PhD,[g] Marcus Thuresson, PhD,[h] Orly Vardeny, PharmD, MS,[i] Ruiqi Zhang, PhD,[j] Lars H. Lund, MD, PhD[b,c]

Bien sur, on peut être parfait …



En vérité…nous ne progressons pas !

- Si l'accès aux thérapies recommandées augmente, les taux de patients à doses optimales ne se majorent que peu



Heart Failure Drug Treatment—Inertia, Titration, and Discontinuation

A Multinational Observational Study (EVOLUTION HF)

Gianluigi Savarese, MD, PhD,[a,b] Takuya Kishi, MD, PhD,[c] Orly Vardeny, PharmD, MS,[d] Samuel Adamsson Eryd, PhD,[e] Johan Bodegård, MD, PhD,[f] Lars H. Lund, MD, PhD,[a,b] Marcus Thuresson, PhD,[g] Biykem Bozkurt, MD, PhD[h]





En pratique le: “tout partout, tout le temps, chez tout le monde, ce n’est plus soutenable”

Il nous faut donc identifier le patient à risque pour focaliser notre prise en charge spécialisée

- Le patient instable versus le patient stable
- Le patient non adhérent vers le patient adhérent
- Le patient en capacité d'autosurveillance versus celui à surveiller
- Le patient à titrer versus celui à dose physiologiques optimales

Qu'apporte, en pratique,
la télésurveillance de l'IC au clinicien ?

Qu’est ce que la télésurveillance?

- Surveillance du poids et des symptômes au moins, que ceux-ci soient rapportés par le patient ou par l’intermédiaire d’objets connectés.
- Totalement remboursé par la sécurité sociale en France pour tout patient éligible.
- Deux philosophies de systèmes:
  - Les systèmes centrés sur le patient (c’est le patient qui est connecté ou connectable)
  - Les systèmes basés sur des objets connectés (que le patient le soit ou non)

Le monitoring du poids et des symptômes doit être régulier et être communiqué au patient et au médecin













Entrée dans la droit commun en Juillet 2023

En France, les solutions de TLS qui surveillent les symptômes et le poids et incluent l'accompagnement thérapeutique sont déjà remboursées et disponibles pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque sur prescription médicale dans le cadre post-ETAPES.



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

ÉVALUER LES TECHNOLOGIES DE SANTÉ

AVIS SUR LES DISPOSITIFS MÉDICAUX NUMÉRIQUES

Télésurveillance médicale du patient insuffisant cardiaque chronique

Inscription d'une activité de télésurveillance médicale sous forme générique sur la liste mentionnée à l'article L.162-52 du code de la sécurité sociale

Adopté par la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé le 21 mars 2023



24 juin 2023 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 38 sur 98

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 22 juin 2023 portant inscription d'activités de télésurveillance médicale sur la liste prévue à l'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale

NOR : *SPRS2317277A*

Critères d'éligibilité des patients

Éligibles

Patients souffrant d'insuffisance cardiaque chronique remplissant une des conditions :

- Hospitalisation au cours des 12 derniers mois pour une poussée d'IC
- Classe NYHA 2+ avec peptides natriurétiques élevé (BNP > 100 ou NT-proBNP > 1000 pg/mL)

Non-éligibles

Impossibilité physique ou psychique d'utiliser le DM numérique de télésurveillance

Refus de transmission des données nécessaires au contrôle du DMN

Refus d'accompagnement thérapeutique

Qu'apporte la télésurveillance au médecin ou (et surtout) au patient ?



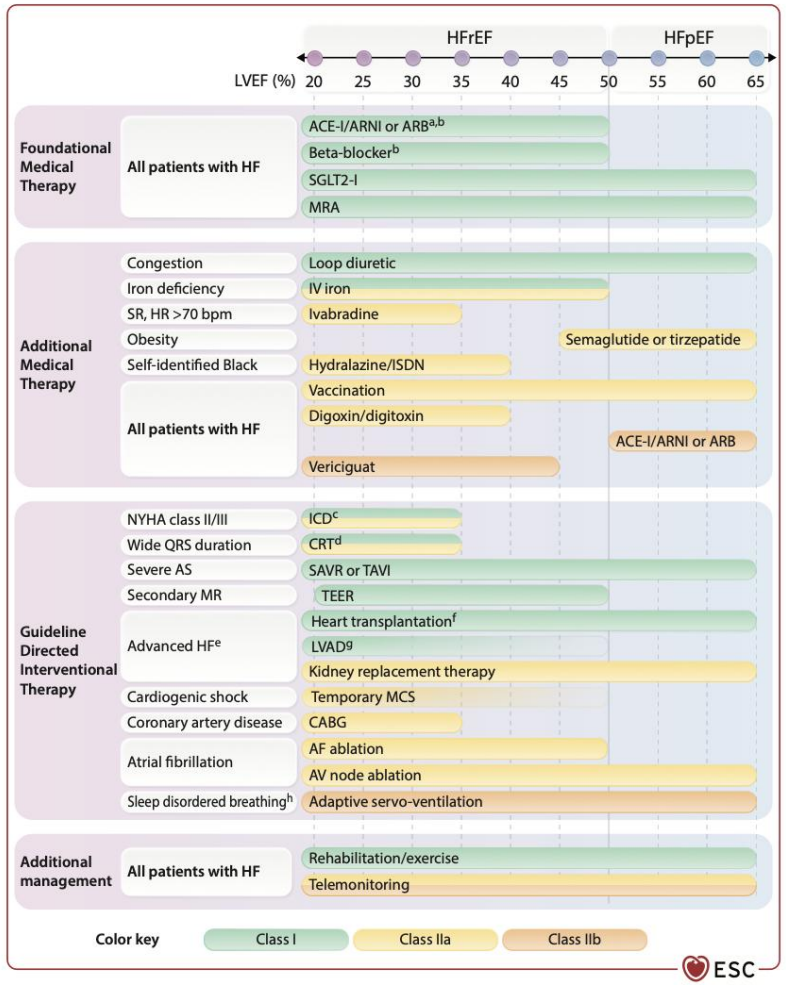
Place de la télésurveillance non invasive dans les recommandations ESC 2026

Recent systematic reviews and meta-analyses report significant reductions in all-cause death and HFH with non-invasive telemonitoring.
However, despite a growing body of evidence, results from individual trials are inconsistent and limited mainly by considerable heterogeneity in terms of patient population, modality, and intervention.

Recommendation Table 25 — Recommendations for invasive and non-invasive telemonitoring (see *Evidence Table 100*)

Recommendations	Class[a]	Level[b]
Remote haemodynamic monitoring of PA pressure should be considered in symptomatic patients with HF, NYHA class III, and an HFH in the past 12 months in order to reduce the risk of HFH.[1029,1043,1045]	IIa	B1
Non-invasive telemonitoring modalities may be considered for patients with HF in order to reduce the risk of HFH.[1027,1029,1053]	IIb	B1

© ESC 2026

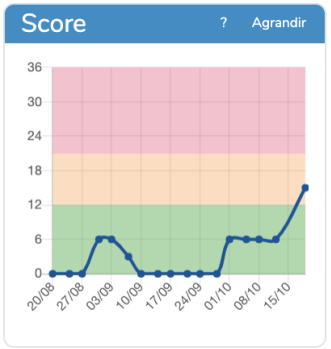


Parcours de soin Satelia® Cardio









1

Prescription médicale

Inscription* par le cardiologue ou le personnel soignant dans Satelia® Cardio

2

Appel de bienvenue sous 48h

Un(e) infirmier(e) Satelia contacte le patient pour valider le dossier, expliquer le questionnaire et personnaliser le mode de suivi

3

Questionnaire de suivi

Le patient répond au questionnaire de santé:

Connecté
seul, via aidant, IDEL
ou
Non connecté

4

Suivi longitudinal par le cardiologue

L'équipe médicale analyse les réponses et contacte les patients si besoin

5

Prise en charge

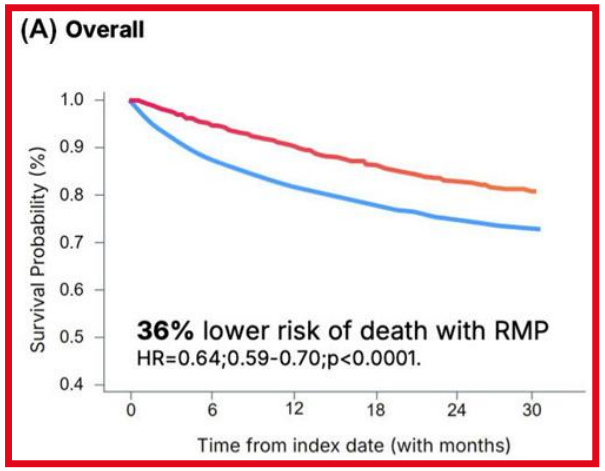
à 100 % pour les assurés en ALD et à 60 % dans les cas standard. (*patients AME non pris en charge depuis nov 2024*)

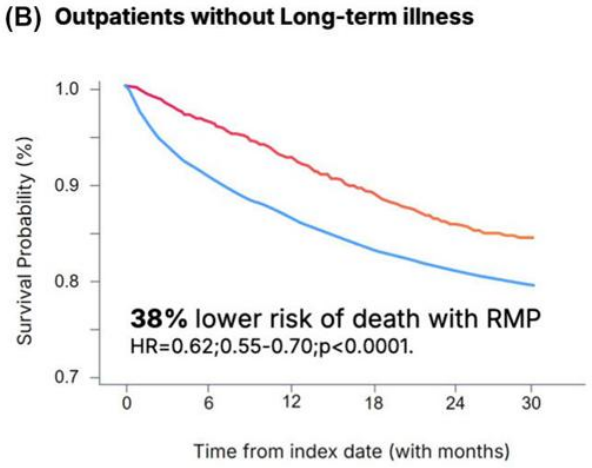
TELESAT-HF: méthodes

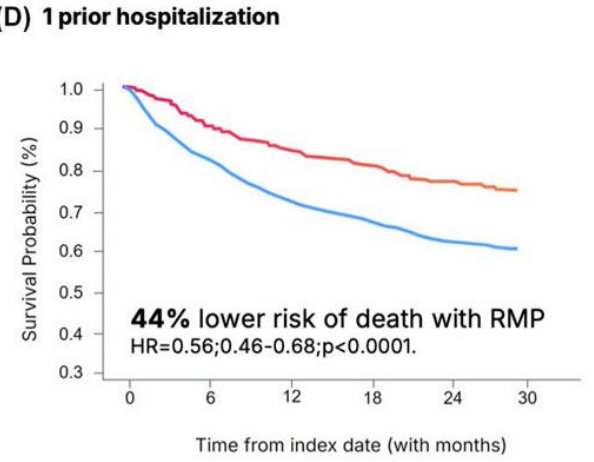
- Cohorte nationale en vie réelle construite sur le **SNDS**, août 2018 à décembre 2022, plus de 300 centres.
- **5 357 patients télésuivis** par Satelia® Cardio comparés à **13 525 témoins** en soins courants, après pondération sur score de propension (SMRW).
- Télésuivi: symptômes et poids **sans balance connectée**, score de 0 à 36 points, fréquence adaptée au score, éducation thérapeutique personnalisée; interface web ou appel infirmier.
- Mortalité toutes causes et hospitalisations; suivi médian de 912 jours.

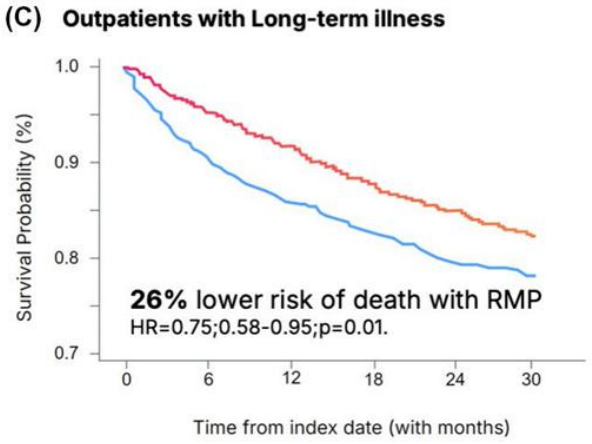
Girerd N, Barbet V, Seronde MF, et al. Eur J Heart Fail 2025;27:1658-69. doi:10.1002/ejhf.3563

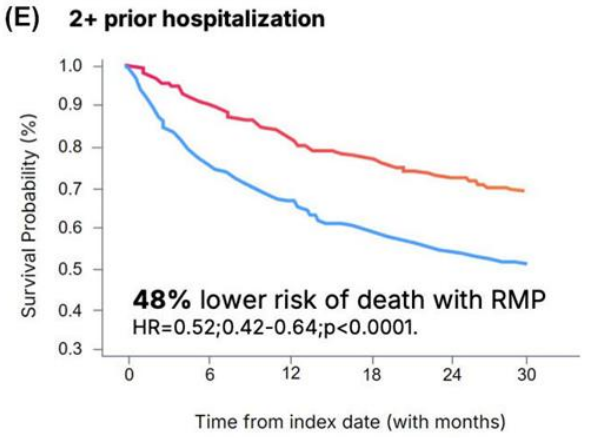
TELESAT-HF: mortalité toutes causes

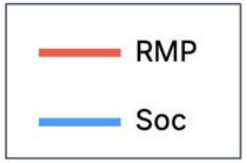












HR 0,64

[0,59-0,70]

36 % de décès en moins

Sous-groupes:
HR 0,52 à 0,75

RMP: Satelia® Cardio
SoC: soins courants

Girerd N, Barbet V, Seronde MF, et al. Eur J Heart Fail 2025;27:1658-69. doi:10.1002/ejhf.3563

TELESAT-HF: recours à l'hôpital

Critère (population globale)	Estimation [IC 95 %]	p
Hospitalisations pour IC (RR)	0,95 [0,89-1,02]	0,13
Temps passé à l'hôpital pour IC (différence)	−2,09 % [−2,62; −1,56]	< 0,0001
Passages aux urgences (RR)	0,83 [0,75-0,92]	0,001
Admissions en soins intensifs (RR)	0,84 [0,74-0,97]	0,01

RR: rapport de taux; temps passé à l'hôpital: différence de la part du temps de suivi.

=> télésuivi associé à moins de passages aux urgences et de temps à l'hôpital, sans effet sur le taux d'hospitalisation pour IC

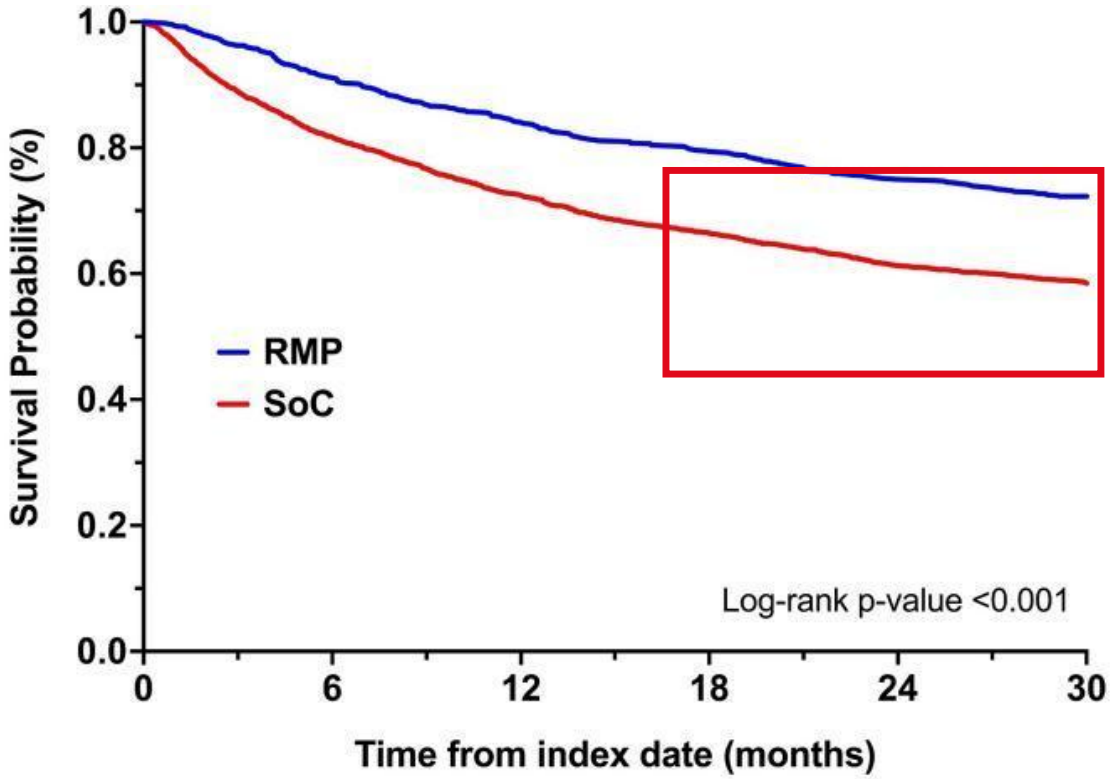
Girerd N, Barbet V, Seronde MF, et al. Eur J Heart Fail 2025;27:1658-69. doi:10.1002/ejhf.3563

TELESAT PRIOR-HF: méthodes

- Sous-analyse **prespécifiée** de TELESAT-HF: patients ayant eu **au moins une hospitalisation pour IC** dans l'année précédant l'inclusion.
- **1 258 patients télésuivis** comparés à **~2 321 témoins** pondérés (SMRW), identifiés dans le SNDS.
- Âge moyen 73 ans, un tiers de femmes, **35,8 % de patients de 80 ans ou plus**; suivi moyen pondéré d'environ 20 mois.
- Critère principal: mortalité toutes causes; secondaires: réhospitalisations pour IC, temps passé à l'hôpital, coûts.

Monzo L, Jourdain P, Jagu A, et al. Eur J Heart Fail 2026. doi:10.1093/ejhf/xuag146

TELESAT PRIOR-HF: mortalité toutes causes



Number of patients at risk (unweighted effective)

RMP	1258	1063	893	763	636	189
SoC	4117	3111	2603	2294	2031	590

HR 0,54

[0,47-0,63]

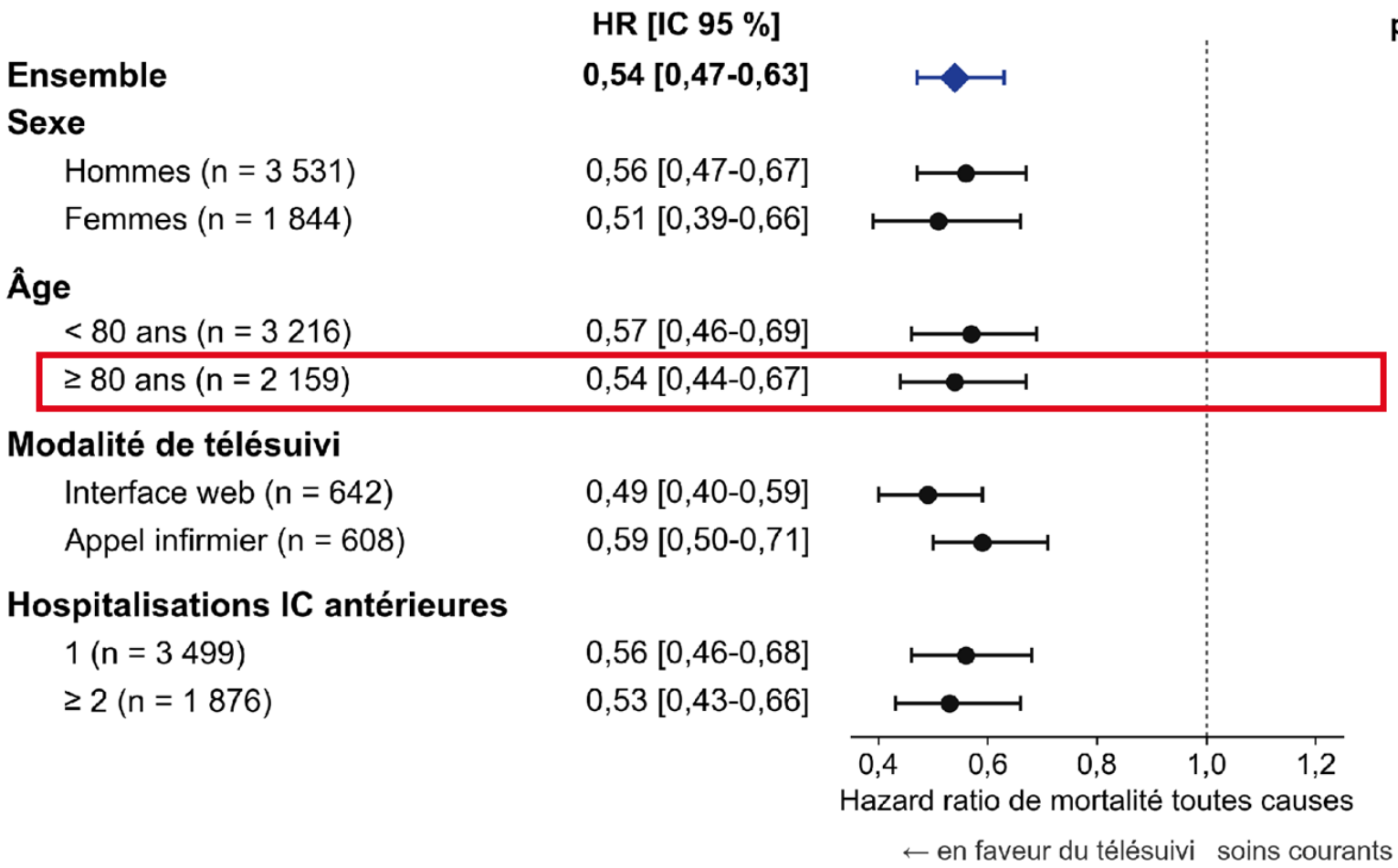
23,5 % vs 39,6 % de décès

Survie à 24 mois: 75,0 % vs 61,3 %

RMP: Satelia® Cardio (bleu)
SoC: soins courants (rouge)

Monzo L, Jourdain P, Jagu A, et al. Eur J Heart Fail 2026. doi:10.1093/ejhf/xuag146

TELESAT PRIOR-HF: mortalité par sous-groupe



HR 0,54

à 80 ans et plus

p interaction = 0,558

Monzo L, Jourdain P, Jagu A, et al. Eur J Heart Fail 2026. doi:10.1093/ejhf/xuag146 (figure 2)

TELESAT PRIOR-HF: réhospitalisations et coûts

Critère	Ensemble	80 ans et plus
Hospitalisations pour IC (RR)	0,85 [0,78-0,94]	0,76 [0,64-0,89]
Hospitalisations IC via les urgences (RR)	0,68 [0,59-0,78]	0,72 [0,58-0,89]
Soins intensifs pour IC (RR)	0,65 [0,53-0,79]	0,53 [0,36-0,77]
Temps passé à l'hôpital pour IC (différence)	−1,77 % [−2,81; −0,72]	−4,09 % [−5,48; −2,71]

Coûts totaux sans différence significative à 6, 12 et 24 mois (à 24 mois: 31 374 € vs 27 160 €, p = 0,18).

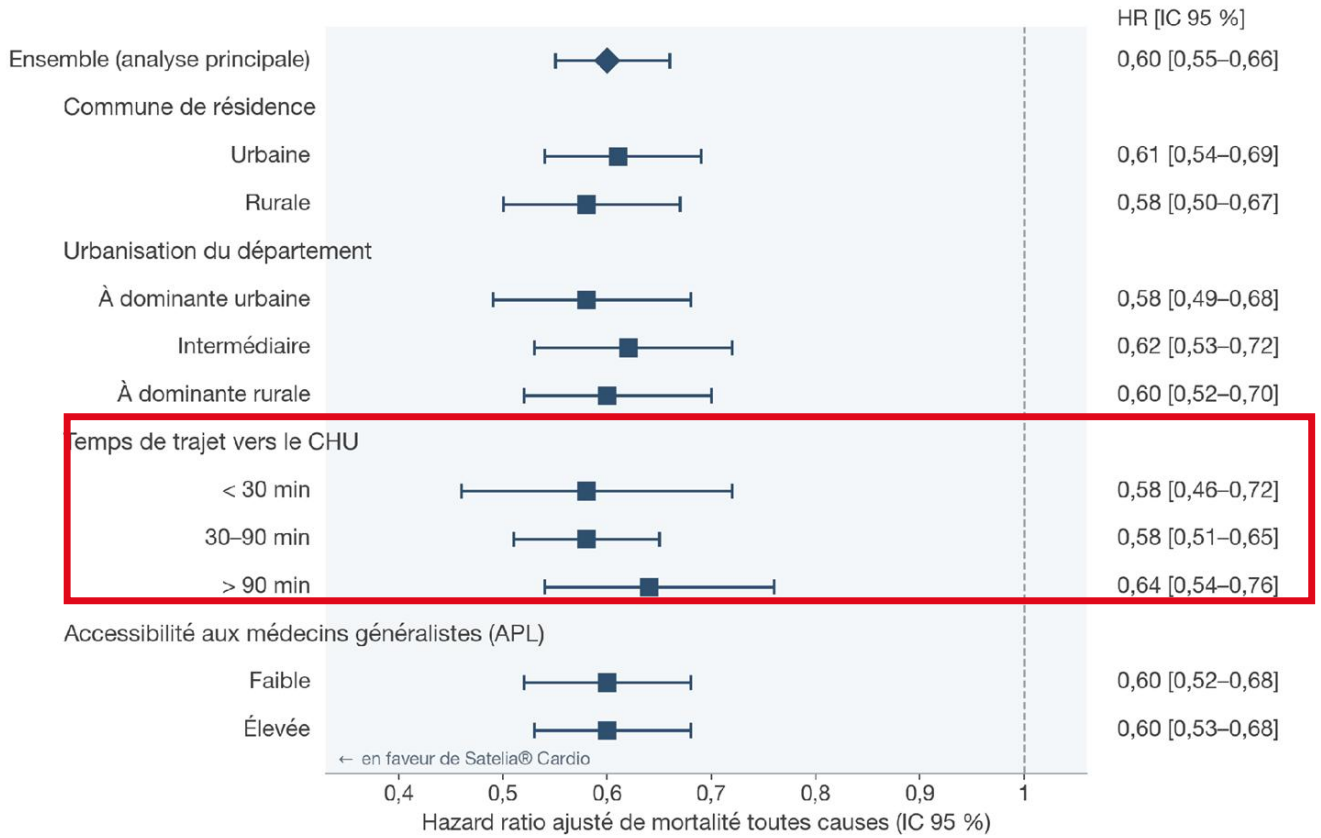
=> après une hospitalisation pour IC, télésuivi associé à moins de décès et de réhospitalisations, y compris après 80 ans

Monzo L, Jourdain P, Jagu A, et al. Eur J Heart Fail 2026. doi:10.1093/ejhf/xuag146 (tableau 2)

Mortalité et accès aux soins

- Les **inégalités territoriales d'accès aux soins spécialisés** pèsent sur le pronostic de l'insuffisance cardiaque.
- Analyse complémentaire de la cohorte **TELESAT-HF** (SNDS 2018-2022), suivi médian d'environ 18 mois.
- **5 357 patients télésuivis** et **29 808 témoins avant pondération** (SMRW).
- Modèles de Cox selon quatre indicateurs territoriaux: commune rurale ou urbaine, urbanisation du département, trajet vers le CHU, APL aux généralistes.

Mortalité toutes causes selon l'accès aux soins



HR 0,64

à plus de 90 min d'un CHU

p interaction = 0,52

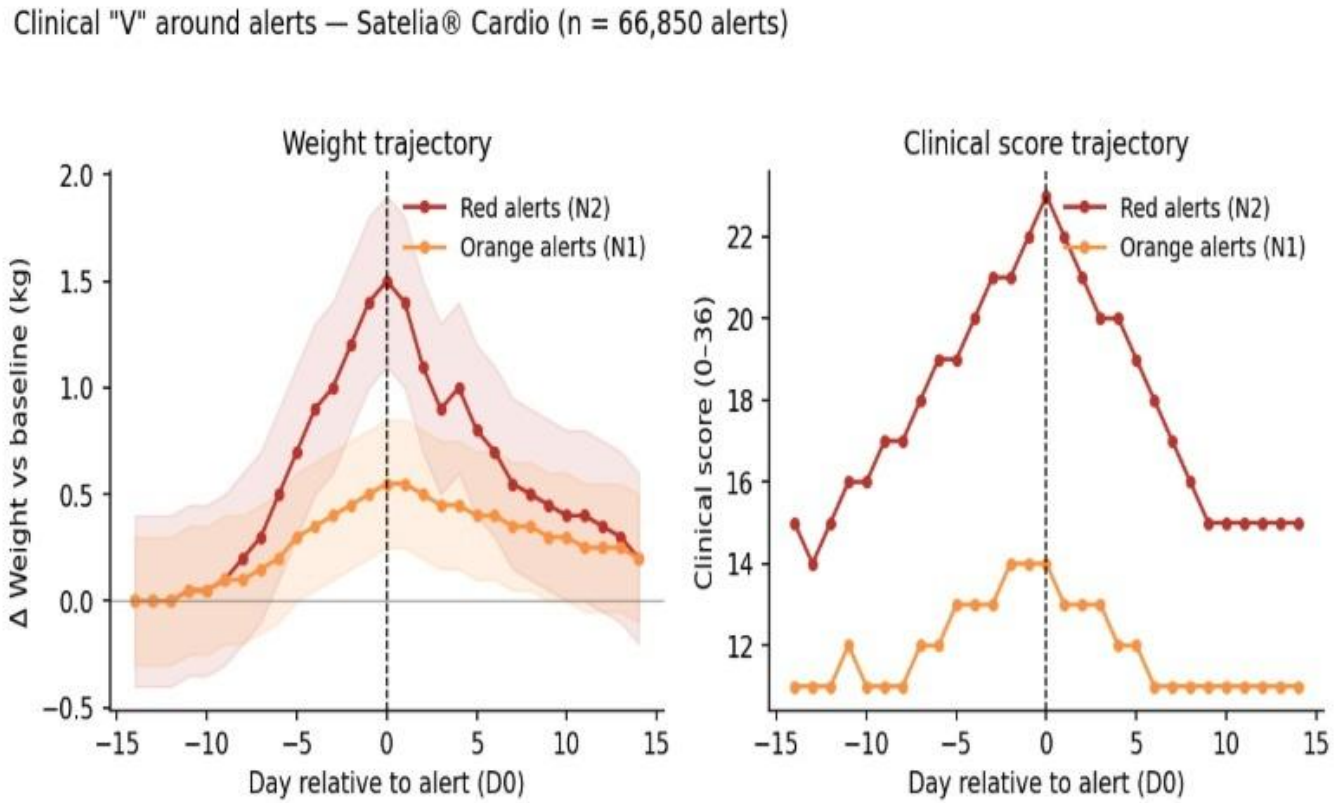
Jourdain et al., JFIC-CAT 2026 · cohorte TELESAT-HF, SNDS 2018-2022

Aucune interaction significative

- Commune de résidence: p = 0,49 / urbanisation du département: p = 0,81
- Temps de trajet vers le CHU: p = 0,52; HR 0,58 [0,46-0,72] à moins de 30 min, **HR 0,64 [0,54-0,76] au-delà de 90 min**
- Accessibilité aux médecins généralistes: **HR 0,60 dans les deux strates**, faible comme élevée.
- => le bénéfice ne dépend ni du territoire ni de la distance au centre expert

Jourdain et al., JFIC-CAT 2026 · cohorte TELESAT-HF, SNDS 2018-2022

Le « V » clinique autour des alertes: une confirmation du rôle du poids sans indexation



Hanon et al., JFIC-CAT 2026 · programme Satelia® Cardio, 66 850 alertes

Une fenêtre d'action de 7 à 10 jours

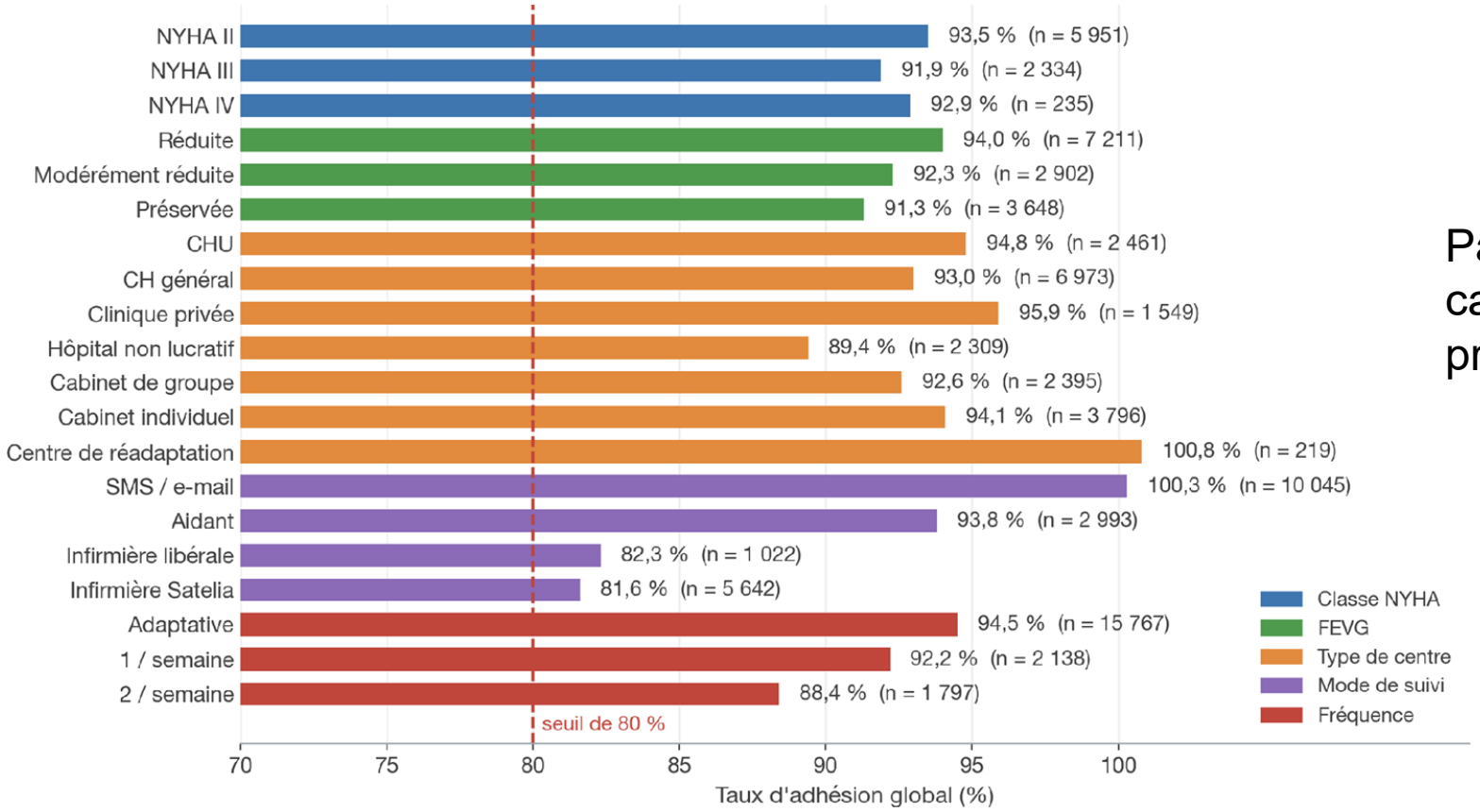
- La dégradation est **mesurable 7 à 10 jours avant** le déclenchement de l'alerte.
- À partir de J+2 / J+3, poids et score reviennent progressivement à la référence **en 10 à 14 jours**.
- Le nombre de symptômes culmine à J0 et se résout en 2 à 3 jours.
- => la branche descendante du V objective l'efficacité de l'intervention

Hanon et al., JFIC-CAT 2026 · programme Satelia® Cardio, 66 850 alertes

Adhésion en vie réelle

- Essais pivots: adhésion de **80 à 87 %**; en cohorte nationale non sélectionnée, elle reste incertaine.
- **19 702 patients** éligibles, 315 centres, inclus du 1er juillet 2023 au 31 décembre 2025.
- Adhésion totale = questionnaires reçus / attendus: **1 252 942 reçus pour 1 341 271 attendus**.
- Sous-groupes: NYHA, FEVG, type de centre, mode de suivi, fréquence.
- Épisode de faible adhésion: au moins 2 mois consécutifs sous 50 %.

Adhésion par sous-groupe



Pas de différence CHU, CH, cabinet libéral et… clinique privée (env. 94 %).

93,4 %

d'adhésion globale
vs 80-87 % dans les essais

Jourdain et al., JFIC-CAT 2026 · programme Satelia® Cardio, 315 centres

Une adhésion homogène

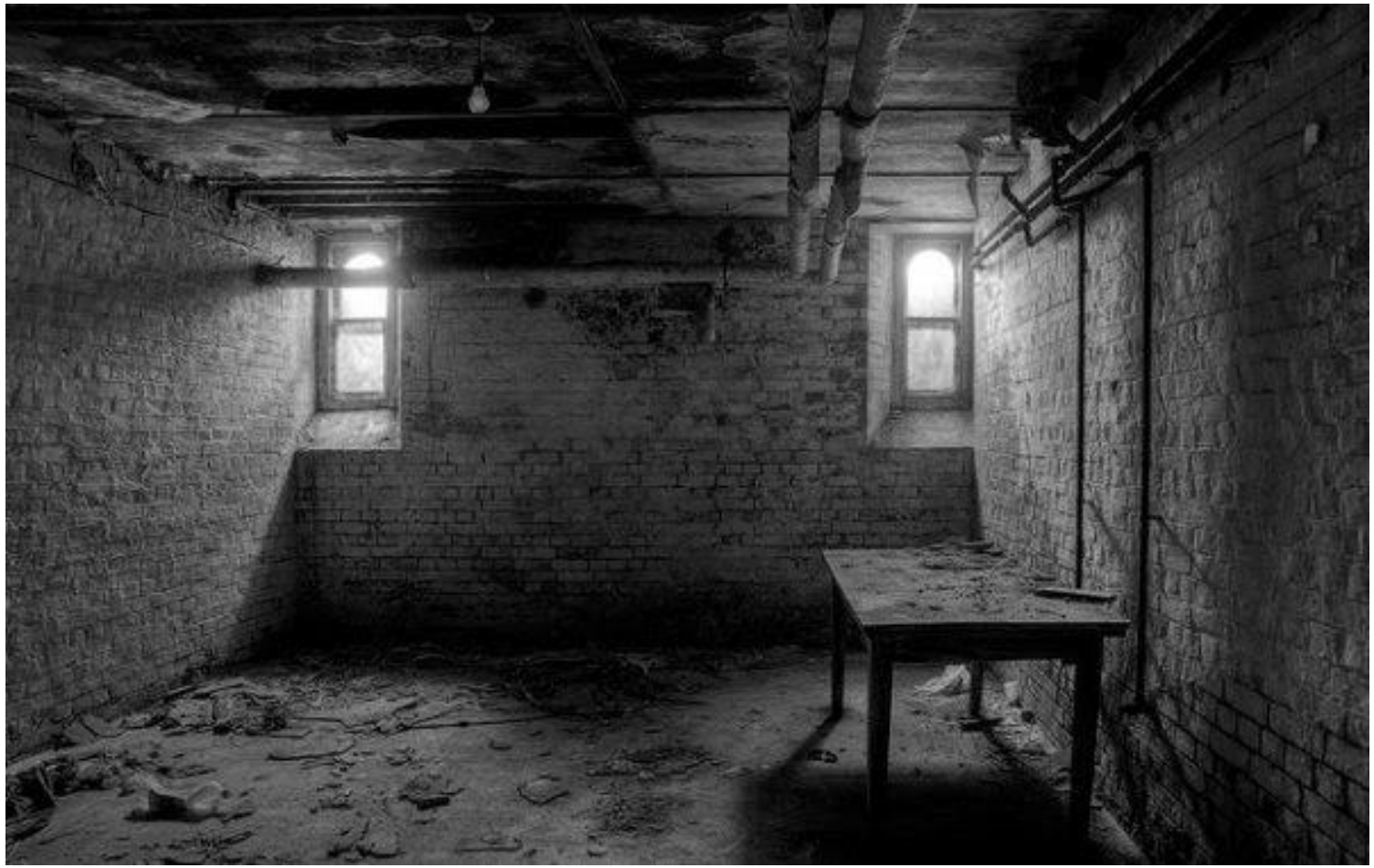
Indicateur	Valeur
Adhésion globale	**93,4 %**
Adhésion médiane par patient	100,0 %
Patients au-dessus de 80 % d'adhésion	79,1 %
Étendue entre sous-groupes	81,6 % – 100,8 %

Adhésion stable au-dessus de 85 % sur 30 mois, malgré la croissance de la cohorte

=> aucun sous-groupe ne passe sous le seuil de 80 %

Jourdain et al., JFIC-CAT 2026 · programme Satelia® Cardio, 315 centres

Et pourtant….



Conclusion et perspectives

- **TELESAT-HF**: télésuivi associé à 36 % de décès en moins (HR 0,64), moins de passages aux urgences et de temps à l'hôpital.
- **TELESAT PRIOR-HF**: après une hospitalisation pour IC, association avec 46 % de décès en moins (HR 0,54) et moins de réhospitalisations, y compris après 80 ans.
- **Vie réelle**: bénéfice homogène quel que soit le territoire; dégradation visible 7 à 10 jours avant l'alerte

Quelle place pour le gériatre et son équipe ?
Inclusion possible de tout patient avec les indications directement en gériatrie en prévenant le Cardiologue traitant
Suivi possible de tout patient inclus SI le gériatre a obtenu son DU insuffisance cardiaque.

Le risque de la télésurveillance…

