

Nouveau



Améliorer la prise en charge des maculopathies chroniques afin de réduire au mieux le handicap visuel ou de prévenir leur aggravation par un dépistage précoce des signes d'évolution



Porteur du projet
Société TILAK HEALTHCARE

Expérimentateurs franciliens
Prescripteurs d'Odysight



Ensemble de la région
Ensemble de la France Métropolitaine



2 ans
Lancée le 12/05/2022



4 472 K€ (FISS)



Cahier des charges - Avis CTIS



France entière
Population âgée de 18 ans et plus
8 000 patients



Publié au Journal officiel
le 20/02/2022



Financement complémentaire :
forfaits annuels par patient pour l'inclusion
(forfait incitatif au patient converti),
la télésurveillance et la solution technique.



ars-idf-art51@ars.sante.fr



Mots clés :
dépistage maculopathie,
télésurveillance

Caractère innovant

L'expérimentation permet de **tester la télésurveillance de l'acuité visuelle pour le suivi de certaines maculopathies chroniques** afin de réduire au mieux le handicap visuel ou de prévenir leur aggravation par un dépistage précoce des signes d'évolution. L'expérimentation permet également de tester l'efficacité des forfaits proposés pour les cabinets d'ophtalmologues (forfait progressif d'inclusion et forfait de suivi des alertes) et un forfait dégressif par patient pour l'éditeur de solution.

Modèle organisationnel

Objet du projet

L'expérimentation permet d'adapter le suivi périodique standardisé de l'acuité visuelle chez l'ophtalmologiste par une télésurveillance de celle-ci effectuée par le patient à un rythme plus fréquent (via un **jeu mobile à modules médicaux** pour suivre la vision, prescrit par les ophtalmologistes).

L'objectif est **de réduire le délai de prise en charge dans les cas urgents pour un meilleur suivi clinique et alléger le nombre de consultations pour des œdèmes maculaires** (liés au diabète), ce qui permettra de mieux traiter les patients.

Population cible

Patients atteints de maculopathies chroniques ou susceptibles d'en développer une : pathologies de néovascularisation sous-rétinienne se compliquant (DMLA le plus souvent, mais aussi myopie forte) et les œdèmes maculaires (associés à une rétinopathie diabétique le plus souvent, mais aussi à occlusions veineuses rétinienne).

Étapes principales du parcours de soins

L'expérimentation est structurée de la manière suivante :

- **étape 1 = diagnostic** posé par l'ophtalmologiste puis traitement direct ou adressage à un spécialiste en rétine
- **étape 2 = induction** : phase initiale avec un traitement toutes les 4 semaines (3 injections en 3 mois) par l'ophtalmologiste spécialisé en rétine
- **nouvelle étape = prescription de l'application Odysight** qui permet d'identifier des baisses de vision entre les consultations et d'améliorer l'auto-surveillance
- **dernière étape = injections régulières** avec identification du plus long intervalle possible entre 2 injections jusqu'à stabilisation ; **espacement et réduction des visites** ; préconisations d'**auto-surveillance monoculaire via Odysight** pour déclencher des **consultations précoces** en cas de besoin

Acteurs impliqués dans la prise en charge

Ophthalmologues.

Modèle financier

Le modèle de financement proposé est composé de **trois forfaits** :

- **forfait progressif d'inclusion par patient** : le médecin recevra une somme forfaitaire de 100 € pour l'inclusion de 6 à 15 patients utilisateurs effectifs, de 112 € pour l'inclusion de 16 à 50 patients utilisateurs effectifs, de 118 € pour l'inclusion de 51 à 100 patients utilisateurs effectifs, de 126 € au-delà de l'inclusion de 101 patients utilisateurs effectifs
- **forfait de suivi des alertes par an par patient** : en fonction du nombre de patients utilisateurs effectifs, le médecin recevra une somme forfaitaire de 9,30 € par mois durant la première année d'utilisation (soit 111,60 €/an), puis un nouveau forfait de 9,30 € par mois pour chaque patient renouvelé la deuxième année
- **forfait dégressif par an par patient pour l'éditeur de solution** : en fonction du nombre de patients convertis, le dispositif sera financé à hauteur de 22,10 € par mois par patient pour les 2 500 premiers patients (soit 265,20 €/an), 19,20 € par mois pour les 2 500 suivants (soit 230,40 €/an) et 16,70 € par mois pour les 3 000 restants (soit 200,40 €/an)

Ces forfaits sont renouvelables 12 fois en année 1 pour tous les patients et x fois en année 2 pour les patients renouvelés selon le mois de renouvellement.