



Les Actes du 9^e Congrès de la Fondation de l'Avenir

8 décembre 2015

**Chirurgie du cerveau - Télémédecine en EHPAD
Chirurgie des personnes âgées dépendantes**

9^e Congrès Fondation de l'Avenir

Mardi 8 décembre 2015

Sommaire

Ouverture	2
Dominique LETOURNEAU Président du Directoire de la Fondation de l'Avenir Daniel HAVIS Président du Groupe Matmut	
LA CHIRURGIE DU CERVEAU	
Panorama des projets de neurologie soutenus par la Fondation	5
« Chirurgie du cerveau : les voies de recherche pour le futur »	6
Table ronde	8
De la stimulation cérébrale profonde aux exosquelettes : où en sommes-nous ?	17
Echanges avec la salle	18
LA CHIRURGIE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES	
Professeur Georges MANTION Président de l'Académie Nationale de Chirurgie	20
Table ronde	21
Echanges avec la salle	29
TELEMEDECINE EN EHPAD, RETOUR D'EXPERIENCES ET PERSPECTIVES	
Présentation de l'étude télémédecine en EHPAD	31
Table ronde	33
Echanges avec la salle	39
Clôture	40
Étienne CANIARD Président de la Mutualité Française	

Ouverture

Dominique LETOURNEAU

Président du Directoire de la Fondation de l'Avenir

Bonjour à toutes et à tous, bienvenue à l'Institut Mutualiste Montsouris pour ce 9^e Congrès de la Fondation de l'Avenir. Notre premier congrès s'était déjà déroulé en ce lieu, en 2000. Je tiens à le rappeler car il est impossible de comprendre la Fondation de l'Avenir sans comprendre ces deux filiations.

La première nous lie au centre médico-chirurgical de la Porte de Choisy, devenu l'Institut Montsouris. Elle témoigne du fort intérêt de la Fondation pour la recherche chirurgicale. La seconde que nous partageons avec l'IMM c'est la mutualité.

La Fondation de l'Avenir a deux grandes fonctions. La première consiste à accompagner des équipes de recherche qui sont dans la pratique. C'est sous cet angle qu'il est permis de parler de recherche médicale appliquée. Il n'existe plus de séparation entre la recherche fondamentale et la recherche appliquée. Le processus est itératif. La recherche médicale appliquée est portée par des praticiens, même s'ils sont de plus en plus articulés avec le fondamental. La recherche médicale appliquée est multi-facettes. La chirurgie, ce n'est plus que la technologie chirurgicale. Les préoccupations des chirurgiens ont évolué.

Depuis près de 30 ans, la Fondation a croisé toutes les équipes chirurgicales françaises qui s'intéressent à la recherche appliquée

Par ailleurs, si la recherche définit les pratiques de demain, il est également important de s'occuper des malades d'aujourd'hui. Une Fondation portée par la mutualité doit s'intéresser aux réponses à apporter ici et maintenant. . Au-delà du soin, l'accompagnement est important que ce soit pour le patient ou pour son entourage.

Tout au long de cette journée, nous vous proposerons un concentré de ce qu'est la Fondation de l'Avenir. Nous commencerons par parler de recherche et de chirurgie en prenant cet organe fascinant et mystérieux qu'est le cerveau. Nous avons la chance d'avoir croisé de nombreux neurochirurgiens. Ceux qui sont présents parmi nous présenteront l'état de leurs travaux et les questionnements qui en découlent. Nous aurions aimé terminer cette première partie avec un témoignage fort, celui du professeur Benabid. Nous l'avions croisé à la fin des années 80, lorsqu'il était venu solliciter notre soutien pour ses projets sur la stimulation cérébrale profonde. Aujourd'hui le professeur Benabid est une référence mondiale. Malheureusement, il ne pourra pas être présent parmi nous. Il en est profondément désolé. Néanmoins, il a transmis son message au professeur Régis, ce qui montre bien ce qu'est la communauté neurochirurgicale française.

Après cette première partie dédiée à la technique, qui nous ravit dans le sens où nous avons croisé, tout au long de notre existence, ce qui se fait de mieux en matière de recherche neurochirurgicale appliquée, nous nous intéresserons à la chirurgie de la personne âgée dépendante, quel que soit le type de dépendance. Le vieillissement de la population et l'évolution des technologies permettent d'opérer de plus en plus tardivement. Ce sujet soulève un enjeu de société. Les questionnements sont techniques et organisationnels. Au-delà, ils sont quasiment éthiques.

Nous terminerons avec le sujet de la télémédecine dans les EHPAD ou la question essentielle porte finalement sur l'accès aux soins Nous interrogerons différents acteurs : des médecins, des directeurs et des soignants. L'on voit bien, d'ailleurs, que ce triptyque chercher/soigner/accompagner nous permet de réfléchir de manière décloisonnée. Le

fondamental n'est plus séparé de la clinique. La recherche n'est plus distincte de la pratique. Le soin n'est plus indépendant de l'accompagnement. Il ne s'agit pas de tout mélanger, mais de créer des synergies et des complémentarités.

Ce congrès est un moment privilégié. Il nous permet de rendre compte de notre modeste contribution, sous le parrainage de l'Académie Nationale de Chirurgie. Nous ne pourrions pas tenir ce congrès si nous n'étions pas nous même accompagnés.

En 2000, nous avons sollicité la Matmut pour qu'elle nous aide à organiser notre premier congrès. Nous ne souhaitons pas utiliser l'argent des donateurs pour cela. Le Président de la Matmut avait accepté avec enthousiasme. Ce congrès n'aurait donc pas lieu si la Matmut ne nous avait pas soutenus en 2000 ; 15 ans plus tard, force est de constater que ce partenariat fonctionne toujours et nous permet d'organiser la 9eme édition et je l'en remercie.



Daniel HAVIS

Président du Groupe Matmut

Cette introduction du Président du Directoire de la Fondation de l'Avenir présuppose que je suis fou ou qu'il existe une constance dans le raisonnement. Etant un terrien de nature, je crois qu'un sillon, lorsqu'il existe, doit être creusé. Bien sûr, nous n'irons jamais au bout de la recherche médicale appliquée. Néanmoins, si nous pouvons la faire avancer dans le bon sens, ne serait-ce que d'un millimètre, alors nos efforts n'auront pas été vains. Cette ambition était celle de mon prédécesseur, qui a présidé la Matmut de 1962 à 1993. Je la partage depuis que je lui ai succédé, en 1993.

C'est peut-être de ce sens du temps et de la longévité dont nous avons besoin. En tout cas, c'est sur cela que repose notre accompagnement de la Fondation de l'Avenir. Nous avons clairement la volonté d'accompagner la recherche médicale sur du long terme. En cela, la recherche médicale ressemble à la gestion d'une mutuelle. Nous n'avons pas d'actionnaires. Nous avons besoin de temps. C'est pour cela que nous sommes toujours là. Nous sommes heureux de voir se diffuser tous les travaux qui ont été initiés et tous les progrès qui ont été engagés.

Certes, en termes de notoriété, cela ne vaut pas un spot de publicité avant le journal de 20 heures. Mais nous ne vivons pas que pour les spots de publicité. Je suis plus intéressé par faire avancer les choses dans le bon sens. Retrouvons ce sens mutualiste : ensemble, nous sommes plus forts. C'est ainsi que nous pourrons vous aider, vous les médecins et les chirurgiens. C'est vous qui avez les clés du progrès. Utilisons-les. Ensemble, nous pourrons faire avancer les choses. Nous avons besoin de la recherche médicale. Nous avons besoin de la recherche médicale appliquée. D'une certaine manière, il s'agit d'un devoir, pour le dirigeant d'une mutuelle, que de les aider.

Un grand merci et un grand bravo au corps médical et au corps des chirurgiens pour les progrès qu'ils accomplissent.

Merci.

La chirurgie du cerveau

Panorama des projets de neurologie soutenus par la Fondation

Professeur Guy MAGALON, Président du conseil scientifique de la Fondation de l'Avenir

En réponse à notre appel à projets de recherche médicale appliquée, nous recevons chaque année quelques 140 projets de recherche. Après les avoir étudiés, le conseil scientifique en retient une quarantaine pour les subventionner. A ce titre, le prochain appel à projets est prévu en début 2016. Les projets devront être envoyés avant le mois de mars.

Je termine mon mandat en décembre. J'ai eu beaucoup de plaisir à m'occuper de la Fondation. J'adhère vraiment au mot d'ordre « tous ensemble ».

Cette année, nous avons choisi le thème de la neurochirurgie. D'ailleurs, le système nerveux a représenté 23 % des projets subventionnés ces dernières années. Cette part est loin d'être négligeable.

Nous avons pris le parti d'ouvrir l'appel d'offres à la psychiatrie. La première année, nous avons reçu 12 ou 13 dossiers de recherche en psychiatrie, qui se sont avérés très intéressants. Cette année, nous nous sommes également ouverts à l'e-santé. N'hésitez donc pas à nous adresser vos projets.

Des travaux de recherche portent également sur les accidents vasculaires cérébraux et les neuro-protecteurs. Nous avons décidé d'essayer de monter des projets multicentriques dans les villes de Rouen, Montpellier et Marseille sur un projet de thérapie cellulaire aux normes GMP avec des cellules gainantes olfactives. Peut-être cela donnera-t-il des idées d'utilisation de ces cellules aux chirurgiens. Nous démarrerons sur le nerf périphérique - nerf facial et plexus brachial. Je crois beaucoup à l'évolution de la Fondation vers des projets multicentriques afin de réunir les équipes et les faire travailler ensemble. Cela devrait constituer un véritable accélérateur.

« Chirurgie du cerveau : les voies de recherche pour le futur »

Professeur Jean REGIS, Chef du service de neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxique de l'hôpital de la Timone

Je m'efforcerai, au cours de cet exposé, de dresser un panorama de ce que pourrait être le futur en termes de voie de recherche dans le cerveau.

Le cerveau est un organe d'environ 1,4 kg rempli de cellules, de graisse, de protéines et de vaisseaux. Cet amas de cellules réalise des choses extraordinaires. Il fait que nous sommes humains, que nous avons une conscience, que nous avons de la mémoire, que nous pensons ou que nous pouvons effectuer des mouvements. Tout cela est protégé par le crâne et par une barrière hémato-méningée. Lorsque le système dysfonctionne, il est très difficile de guérir cet organe qui est certainement le plus complexe de notre organisme. S'il existe un domaine dans lequel notre ignorance est grande, c'est bien celui de la connaissance du fonctionnement du cerveau.

Du fait des risques de lésion dans le cerveau, la neurochirurgie a eu tendance à développer de nombreuses procédures d'invasivité minimale - embolisation, robotique, radiochirurgie. La réduction du nombre de procédures ouvertes engendre d'ailleurs des difficultés. Les opérateurs doivent trouver les moyens de conserver une expertise et une courbe d'apprentissage rapide, d'autant plus que les exigences des patients sont de plus en plus importantes. C'est tout l'intérêt des techniques de simulation.

Ne pouvant couvrir tout le champ des tumeurs cérébrales, j'ai choisi de me concentrer sur quelques aspects.

Dans le domaine des tumeurs malignes du cerveau, la neurochirurgie n'a réalisé que peu de progrès. Le glioblastome reste une maladie terrible qui n'offre que quelques mois de survie. Il existe des stratégies de ciblage par des cellules cancéreuses modifiées génétiquement, mais elles posent souvent des problèmes d'accès et de propagation au sein de la tumeur cible. De nouveaux travaux visent à charger des cellules souches de ces cellules tueuses pour essayer d'être plus précis. Bien que le cerveau soit l'organe le plus nourri de vaisseaux, il est très difficile d'y accéder par voie vasculaire du fait de la barrière hémato-méningée. Les stratégies qui se développent visent à contourner ce problème. Mais plutôt que de parler de chimiothérapie, je me focaliserai sur la chirurgie fonctionnelle du cerveau.

A elle seule, elle résume toutes les difficultés que nous rencontrons dans la chirurgie du cerveau. Il faut d'abord comprendre le cerveau, et nous en sommes assez loin. Nous devons comprendre comment chacune des structures du cerveau se spécialise fonctionnellement, ce qui est d'autant plus difficile que cette spécialisation n'est pas fixe. La manière dont nous définissons les maladies est certainement faussée. Elle nous contraint à une pensée rigide. Nous devons donc être prêts à redéfinir les maladies, essayer de mieux comprendre leurs mécanismes et développer des stratégies thérapeutiques plus spécifiques. Enfin, le cerveau de chaque être humain étant différent, nous devons aller vers davantage de personnalisation du patient selon sa maladie, mais aussi selon son cerveau et son fonctionnement.

Nous essayons de nous attaquer à des pathologies et des maladies - troubles du mouvement, spasticité, douleur, épilepsie, troubles du comportement, déficits perceptifs, lésions du système nerveux. Nous disposons de moyens, par exemple l'instillation de substances dans le cerveau. Nous les utilisons beaucoup dans la spasticité et la douleur. Il existe un potentiel de développement dans la délivrance de substances plus spécifiques et plus précises. Les nanotechnologies, qui sont en très grand développement, sont une importante source d'espoir. Les nanosciences sont déjà très bien développées. En revanche, les utilisations pratiques en neurochirurgie - nanomachines - en sont encore à un stade de développement.

La radiochirurgie a complètement transformé notre pratique. Elle a commencé par traiter ce que la chirurgie conventionnelle ne voulait pas faire. Aujourd'hui, 80 à 90 % des

neurinomes acoustiques sont opérés par radiochirurgie en France, et les patients peuvent retourner travailler dès le lendemain. Cela démontre à quel point notre champ de pratique évolue rapidement. La radiochirurgie intervient dans de nombreux autres domaines - malformations artério-veineuses, métastases cérébrales. Ainsi, à Marseille, 50 % des actes crâniens en neurochirurgie sont effectués en radiochirurgie. Tout cela s'effectue au bénéfice des patients. La radiochirurgie peut également être utilisée dans un certain nombre de domaines fonctionnels pour modifier des systèmes.

De nouvelles techniques de chirurgie fonctionnelle destructives apparaissent - ultrasons focalisés, thermocoagulation laser, etc. Le champ des transplantations cellulaires est porteur d'énormément de promesses.

Dans le cas de la maladie de Parkinson, la neurochirurgie a développé énormément de stratégies convergentes - stimulation, lésions, transplantations. Des possibilités de manipulation génétique sont également développées, et nous n'en sommes encore qu'aux prémices. En effet, nous devons encore beaucoup développer nos capacités à analyser anatomiquement et structurellement ce qu'est le cerveau.

L'interface cerveau-machine est un domaine révolutionnaire. Nous savons apprendre aux personnes quadraplégiques, en enregistrant leur activité cérébrale, à commander par la pensée leur chaise roulante ou la machine à café. Ce domaine est absolument extraordinaire.

La stimulation électrique profonde reste rudimentaire par rapport à ce que nous espérons faire. Elle est macro-stimulante et manque de rétro-contrôle et de spécificités. Cette méthode s'est développée dans les années 80 pour le tremblement essentiel. Elle a ensuite été appliquée à d'autres troubles du mouvement, par exemple la maladie de Parkinson. Aujourd'hui, elle est appliquée à de nombreuses autres pathologies. Cette méthode se raffine. Nous parvenons, avec des électrodes, à orienter la stimulation dans l'espace afin de gagner en efficacité et de diminuer les effets secondaires. Nous commençons à introduire la possibilité de modifier la stimulation en fonction de l'activité cérébrale. Des expériences menées au Canada ont même démontré qu'il était possible d'augmenter la mémoire de certains patients. Bien évidemment, cela pose question sur le plan éthique. D'ailleurs, toutes les nouvelles techniques neurochirurgicales soulèveront de nombreuses questions éthiques.

Pour le futur, nous espérons une évolution très importante des techniques de stimulation. Nos concepts sont certainement réducteurs. Il nous faudra donc les casser. Nous devons parvenir à développer des méthodes thérapeutiques qui aient une capacité d'action large dans le cerveau, ce qui n'est pas possible aujourd'hui. Il faudra redéfinir les terminologies en cassant les limites des pathologies. Nous devons développer des outils capables d'interroger le fonctionnement du cerveau en temps réel.

Le domaine des troubles du comportement est extrêmement difficile car les mécanismes qui expliquent ces troubles sont très compliqués. Plus encore qu'ailleurs, il faudra donc savoir poser des diagnostics subtils. Nous avons vraiment besoin de mieux comprendre l'anatomie du cerveau, notamment la capsule antérieure. Nous ne savons toujours quels faisceaux de cette structure expliquent l'effet thérapeutique. Parfois, nous pensons avoir trouvé une bonne idée basée sur des concepts de neurosciences, puis nous nous apercevons que les bons résultats sont liés à la stimulation d'une autre structure. Nous sommes très humbles face à la complexité du cerveau. Nous nous trompons beaucoup, mais nous progressons.

D'ailleurs, il nous faudra aborder deux problèmes particuliers : l'inversion de la pyramide des âges et l'augmentation des coûts de la médecine en général et de la neurochirurgie en particulier.

Je suis convaincu de l'intérêt qu'une communauté neurochirurgicale soit très active dans le domaine des neurosciences. La neurochirurgie sera neurosciences ou ne sera pas.

Table ronde « La chirurgie du cerveau »

- *Professeur Stéphane Palfi, chef du service neurochirurgie de l'hôpital Henri-Mondor ;*
- *Professeur Jean-Jacques Lemaire, chef du pôle neurochirurgie au CHU de Clermont-Ferrand ;*
- *Docteur Stéphane Gaillard, chef du service neurochirurgie à l'hôpital Foch ;*
- *Docteur Raphaëlle Richieri, praticien Hospitalier à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille ;*
- *Professeur Bertrand Devaux, chef du service neurochirurgie au centre hospitalier Sainte-Anne.*

Les débats sont animés par Antoine Spire, journaliste.

Antoine SPIRE

La localisation des fonctions du cerveau - motricité, parole, messages visuels, etc. - a représenté un véritable progrès. Pour autant, il reste énormément de fonctions et d'activités cérébrales que nous ne localisons pas. De quelle nature sont les progrès de la spatialisation ? Pourquoi est-ce important de savoir localiser les fonctions du cerveau ? Pourquoi ignorons-nous encore la localisation d'un grand nombre de fonctions ?

Professeur LEMAIRE

Nous avons largement bénéficié des progrès de l'imagerie, notamment l'IRM, qui nous a permis de voir ce que nous ne voyions pas auparavant. L'IRM nous a permis de localiser les structures de taille relativement réduite dans le cerveau. Ce faisant, nous avons franchi une étape. Parallèlement, nous avons commencé à localiser les câbles*. C'est la partie « tracking ». Nous voyons désormais les routes de communication. Il s'agit d'une véritable révolution.

Des fonctions purement cognitives commencent à être abordées. A la différence de la partie motrice, il s'agit d'un univers que nous ne maîtrisons pas complètement. Nous n'avons qu'une idée assez lointaine de l'organisation et du mode de fonctionnement de cette partie cognitive.

** terme utilisé pour désigner les connexions entre neurones et qui font l'objet de cartographie de plus en plus précises appelée connectome.*

Antoine SPIRE

Les ultrasons permettent d'apprendre certaines choses concernant les fonctions de la spatialisation du cerveau.

Professeur DEVAUX

Oui. Nous avons besoin, en neurochirurgie, de changer d'échelle. Il nous faut aller chercher la structure ou la fonction au plus près de sa microscopie, ce que permet l'imagerie multi-échelles. L'imagerie radiologique est à grande profondeur de pénétration, mais à faible résolution. Grâce aux ultrasons, les sources d'imagerie optique permettent de descendre plus profondément. Les chirurgiens pourront probablement en retirer des outils opératoires très intéressants.

Il existe de nombreuses techniques d'ultrasons. L'échographie doppler est intéressante car elle permet d'examiner les gros vaisseaux. A présent, nous avons besoin d'une imagerie plus fonctionnelle. L'imagerie fonctionnelle par ultrasons est une imagerie doppler. Ces techniques doppler sont utilisées pour étudier les gros vaisseaux. Au niveau du cerveau, des fonctions cérébrales s'associent à des petites augmentations du débit sanguin : c'est ce phénomène de couplage neuro-vasculaire que le micro-doppler nous permet d'imager.

Le micro-doppler marque un changement de l'échelle de résolution. Il nous permet d'imager les petits vaisseaux et les capillaires. Nous les détectons déjà en IRM fonctionnelle, mais celle-ci est coûteuse, consommatrice de temps et elle nécessite de répéter les stimuli pour obtenir une image significative. Le micro-doppler est beaucoup plus rapide, rendant possible l'augmentation de la cadence d'imagerie au moyen de techniques développées par l'Institut Physique du Globe de Paris.

Le micro-doppler permet donc d'imager les petits vaisseaux, leurs modifications de calibre et les modifications de débit. De la sorte, il est possible de montrer des petites variations de débit sanguin à l'occasion d'une activité neuronale particulière.

A titre d'exemple, nous nous sommes intéressés à une cause particulière d'épilepsie partielle que sont les malformations du développement cortical. La technique d'imagerie optique standard n'est pas suffisante. En revanche, l'onde ultrasonore peut les atteindre. En couplant l'échographie en temps réel au micro-doppler vasculaire, il apparaît possible de montrer des modifications de micro-débit liées à l'activité permanente et incessante des neurones dysplasiques, qui constituent ces malformations du développement cortical. Nous avons débuté le protocole.

Antoine SPIRE

Quels sont les progrès possibles de ces techniques d'observation ? Qu'en attendez-vous exactement ?

Professeur PALFI

Bien souvent, nous avons des informations morphologiques, mais nous ne savons pas si un câble induit une fonction. Nous ne savons pas non plus si ce que nous observons est vraiment exhaustif. Nous avons donc encore des progrès à faire pour mieux connaître le fonctionnement réel. Depuis 2006, une technologie a émergé : c'est l'optogénétique. Il s'agit d'une véritable révolution pour la compréhension du cerveau. Cette technique permet de mieux comprendre le fonctionnement des circuits neuronaux, d'abord chez l'animal et à terme chez l'homme.

Antoine SPIRE

Que savons-nous des liens entre les troubles du comportement et certaines parties du cerveau ?

Docteur RICHIERI

L'imagerie fonctionnelle a révolutionné notre compréhension des troubles psychiatriques. Elle nous permet d'identifier assez clairement les circuits qui dysfonctionnent dans les différentes pathologies. En psychiatrie, nous utilisons surtout des imageries fonctionnelles de repos. A présent que nous avons bien identifié les régions dysfonctionnelles, ainsi que les problèmes de connectivité, nous pouvons agir à différents niveaux, sachant que certaines structures sont corticales et d'autres beaucoup plus profondes.

Antoine SPIRE

Attendez-vous de nouvelles imageries possibles ? Pensez-vous que des progrès peuvent être effectués dans l'identification des troubles ?

Docteur RICHIERI

La psychiatrie reste une discipline qui pose des diagnostics sur de la sémiologie clinique, absolument pas sur des éléments objectifs. L'idéal serait que des biomarqueurs puissent poser des diagnostics. Pour l'heure, à l'échelle du sujet, nous sommes parfaitement incapables de dire, à partir d'une imagerie fonctionnelle ou structurelle, de quelle pathologie souffre un patient.

Antoine SPIRE

La simulation s'est beaucoup développée. Elle permet de former les jeunes. Elle sert également à l'apprentissage de la neurochirurgie. Que pouvez-vous nous en dire ?

Docteur GAILLARD

Le terme de « simulation » est extrêmement vaste. En neurochirurgie, nous avons pratiqué la simulation intellectuelle plus tôt que d'autres spécialités. Nous avons des protocoles de navigation : la chirurgie assistée par ordinateur existe en routine depuis de nombreuses années. Tout cela est une aide à la chirurgie. Parallèlement, la neurochirurgie a pris du retard dans l'entraînement gestuel. Nous aimerions parvenir à entraîner la gestuelle des futurs neurochirurgiens, surtout que s'annonce une réforme de l'internat qui amènera une réduction des heures des internes. Malgré ce contexte, il nous faudra conserver le même niveau de qualité.

Dans le monde aéronautique, la simulation n'est pas gestuelle ; elle est décisionnelle. En chirurgie, c'est très différent. Nous utilisons davantage le modèle des arts-martiaux avec la répétition de gestes de base qui ne servent à rien de manière isolée, mais qui, rassemblés, permettent de créer une mémoire musculaire. Cette simulation est d'autant plus efficace qu'elle est pratiquée tôt dans le cursus d'apprentissage.

Il n'existe pas un seul outil de simulation. Quasiment chaque geste nécessite un outil. Aucun outil ne peut simuler tous les gestes possibles. Les imprimantes 3D nous aident énormément. Elles permettent de créer des patients standards. Dans le futur, il sera possible de répéter les actes, avant l'acte réel, sur un patient donné.

Antoine SPIRE

Après l'image vient la question du diagnostic. Comment poser le diagnostic ? Il est parfaitement possible de localiser Parkinson dans le cerveau. En revanche, il est très difficile de localiser les troubles obsessionnels compulsifs, qui obéissent à des mécanismes différents.

Professeur PALFI

Même dans le cas de Parkinson, nous n'avons pas de biomarqueur qui nous permettrait de signer la maladie. Nous posons le diagnostic sur la base d'un faisceau d'arguments et d'un peu de recul. En revanche, nous connaissons très bien le lien physiopathologique qui est intégré dans la maladie de Parkinson. Toutefois, Parkinson ne s'arrête au déficit de la dopamine. D'autres structures et d'autres circuits dégénèrent.

Nous sommes à peu près dans la même situation concernant les troubles obsessionnels compulsifs, de manière encore plus floue. Plusieurs circuits sont impliqués. Nous avons des difficultés à trouver des biomarqueurs. Nous n'avons que des biomarqueurs cliniques pour poser un diagnostic. Sur le plan physiopathologique, plusieurs structures du cerveau sont impliquées dans la genèse des troubles obsessionnels compulsifs.

Antoine SPIRE

Utilisez-vous les informations que donne l'imagerie ?

Docteur RICHIERI

C'est l'imagerie qui nous a guidés vers les structures à simuler et à moduler, que ce soit pour la dépression ou les TOC. Elle a donc été essentielle pour nous. La stimulation en psychiatrie a bénéficié des travaux en imagerie fonctionnelle, mais également des effets collatéraux des stimulations effectuées initialement chez les patients parkinsoniens. Nous nous sommes emparés de cette technique pour traiter les patients.

Antoine SPIRE

Comment progresser dans la fixation d'un diagnostic pour les maladies du cerveau que nous savons encore moins bien repérer ?

Professeur PALFI

Nous avons évoqué les technologies qui émergent - amélioration de l'imagerie, des modèles animaux. Dans la maladie de Parkinson, nous nous sommes rendu compte que des patients qui avaient eu des greffes neuronales dans le striatum avaient développé, dix ans plus tard, des agrégats ressemblant à la maladie de Parkinson dans leurs cellules. Cela a fait émerger tout un champ de recherche vers l'origine de la maladie, avec une transmission possible de ces agrégats d'une zone à l'autre du cerveau.

Antoine SPIRE

Certaines maladies du cerveau supposent-elles des diagnostics très difficiles à poser, par exemple par méconnaissance de la zone affectée ?

Professeur PALFI

Oui, surtout lorsqu'une maladie affecte plusieurs zones du cerveau, donc plusieurs circuits. Nous avons pu localiser le Parkinson assez facilement car il est très focal. Par comparaison, il est difficile de distinguer les démences. Ces maladies sont donc plus diffuses.

Professeur LEMAIRE

Le théranostic* permettra d'ajouter des marqueurs spécifiques sur les images. Cette technique, qui a déjà une dizaine d'années dans le secteur pharmaceutique, nous simplifiera considérablement la vie.

** Procédé diagnostique basé sur l'utilisation de biomarqueurs pour adapter chaque traitement au patient. A rapprocher de la notion de médecine personnalisée.*

Antoine SPIRE

J'ai lu que la maladie d'Alzheimer était très proche des maladies du vieillissement, donc que le terme Alzheimer n'était plus un indicateur sérieux. Qu'en pensez-vous ?

Professeur LEMAIRE

Nous avons fait notre possible pour « ranger » les maladies aux bons endroits. A présent, nous devons faire le tri, d'où le besoin de ramener cela à un support topographique précis et à des circuits de fonctionnement particuliers. L'enjeu est phénoménal.

Antoine SPIRE

J'ai l'impression que l'articulation entre la neurologie et la psychiatrie effectue des progrès. Confirmez-vous ?

Docteur RICHERI

Indéniablement. Après nous être séparés, nous nous rapprochons de nos collègues neurologues.

J'aimerais revenir sur les différentes catégories de maladies. Assez récemment, nous avons commencé à nous détacher de l'approche catégorielle pour aller vers une approche dimensionnelle. Nous abordons le sujet sous l'angle des dysfonctionnements, dont nous nous tentons de comprendre les mécanismes physiopathologiques.

Professeur DEVAUX

Nous pourrions même ajouter le neurochirurgien au couple psychiatre-neurologue. Nous identifions les maladies par des tests cliniques. Nous essayons d'être plus sélectifs. Dans le cas de Parkinson, certaines affectations dégénératives correspondent en fait à d'autres types de maladie. Il nous faut écarter ces patients de la chirurgie. Ce n'est pas toujours simple.

Les neurologues se tournent d'abord vers les médicaments et les thérapies, tandis que la tendance de la chirurgie consiste à être le moins invasif et le plus sélectif possible, tout en restant performant. Les techniques de neuro-modulation permettent de faire dans les pathologies psychiatriques. Aujourd'hui s'ouvre le champ des troubles de la cognition. Nous partons tous azimuts. Il existe une technique qui permet de stimuler de manière complètement non-invasive, à travers le crâne. Nous nous tournons vers les chirurgiens pour leur demander d'apporter un certain nombre de réponses non plus dans le diagnostic, mais dans le traitement.

Antoine SPIRE

Quelles sont les réparations possibles ? Pendant très longtemps, nous avons surtout interrompu des circuits neuronaux, par exemple pour l'arrêt des tremblements, avant que le professeur Benabid n'apporte l'idée de modulation/stimulation. Aujourd'hui, il semble que les techniques lésionnelles initiales reviennent.

Professeur PALFI

Effectivement. La technologie progresse. Ces techniques lésionnelles ont pour objectif de modifier le dysfonctionnement d'un circuit qui n'a pas disparu. Par comparaison, les autres voies réparatrices visent à reconstruire un circuit. Initialement, nous ne connaissions pas la technologie de la stimulation cérébrale profonde, qui permet d'avoir un effet thérapeutique réversible ou modulable, la lésion étant irréversible et évolutive. Nous revenons à cette technique pour éviter d'avoir à placer une électrode dans le cerveau, ce qui est très invasif.

Antoine SPIRE

Comment se traduisent ces différents progrès ? Existe-t-il des modes d'intervention labellisés et protocolisés sur ce thème des réparations du cerveau ?

Professeur PALFI

Toutes les pratiques sont très protocolisées. C'est par exemple le cas de la stimulation cérébrale profonde. La technique chirurgicale est très bien codifiée. Ce point est très important pour rassurer patients et médecins. Le domaine de la recherche clinique est également très codifié. Il a besoin de financements et d'accords de comités d'éthique. Le principal progrès de ces dernières années tient au caractère translationnel : la recherche clinique ne se déroule plus directement chez le patient ; faut passer par des preuves dans les modèles animaux ou *in vitro*. Il s'agit d'une recommandation internationale. Les instituts de recherche s'organisent pour faciliter la recherche translationnelle et éviter les échecs. Nous essayons de prédire les résultats positifs comme les éléments indésirables.

Antoine SPIRE

L'interface cerveau-ordinateur représente un grand progrès. En implantant des électrodes dans le cerveau d'un individu paralysé et en lui apprenant à contrôler son activité cérébrale, il est possible à ce patient d'ordonner à son fauteuil roulant d'avancer ou de commander une machine à café. Ce processus est-il déjà entièrement protocolisé ou des essais sont-ils toujours en cours ?

Professeur PALFI

Nous sommes encore dans le domaine de la recherche. Il s'agit d'une voie de très importante, notamment pour les cérébraux lésés. Le point essentiel tient au décodage de l'information cérébrale, à la manière dont le patient informe la machine qu'elle doit opérer un mouvement. La machine doit décoder un signal dans le cerveau. Or ce signal s'efface petit à petit. Il est de plus en plus difficile de décoder une électrode implantée dans le cortex. Pourtant, les patients ont besoin d'un système qui fonctionne sur le long terme. C'est un grand problème.

Antoine SPIRE

Selon le professeur Benabid, un premier patient sera opéré en 2016 pour fournir ces données cérébrales.

Professeur PALFI

Nous attendons de voir.

Antoine SPIRE

Que faut-il attendre de cet essai ?

Professeur PALFI

Le professeur Benabid explore plusieurs voies, notamment la voie de détection extradurale, à l'extérieur du cerveau. Il n'y a pas de contact direct entre le système nerveux et l'objet qui détecte les signaux. Nous pensons également, chez les amputés, à détecter le signal au niveau des muscles en prenant l'avantage de la plasticité neuronale. Le décodage s'effectuerait au niveau périphérique du muscle. C'est une autre approche de l'interface avec le système nerveux.

Antoine SPIRE

Il est encore très difficile d'intervenir dans le domaine du cognitif. Qu'est-ce que les psychiatres attendent des neurochirurgiens pour opérer telle ou telle insuffisance cognitive ?

Docteur RICHIERI

Nous avons besoin de savoir quelle serait la cible la plus efficace à stimuler. Nous étudions essentiellement les TOC et la dépression. Les premiers essais datent d'une dizaine d'années. Pour l'heure, nous n'avons aucune idée de la cible la plus efficace. Aucune étude n'a comparé deux cibles entre elles. Une dizaine d'études ont été menées dans le domaine de la dépression, et autant dans le domaine des TOC, la plupart du temps sur des petits échantillons, avec des populations assez hétérogènes et des protocoles différents. Ce vaste champ reste à découvrir.

Antoine SPIRE

Chaque nouvelle découverte de neuroscience ouvre un champ thérapeutique nouveau. Dans le cas des dépressions, les scientifiques ont observé un important hyper-métabolisme dans une petite région frontale profonde, la région subgénuaire. S'agit-il d'un progrès ? Attendez-vous une transformation des comportements aberrants grâce à ce genre de technique ?

Docteur RICHIERI

De mon point de vue, moi qui ai encore une vision neurobiologique des pathologies psychiatriques, il s'agit d'une véritable révolution. Toutefois, un grand nombre de mes confrères ne partage absolument pas cet avis.

Antoine SPIRE

Parce qu'ils ne croient pas aux électrodes ?

Docteur RICHIERI

Ils ne croient pas aux électrodes, ils ne croient pas au substratum du cerveau comme étant atteint dans les pathologies mentales. Seule une petite partie des psychiatres croit à ces nouvelles techniques. Le singulaire antérieur dans sa partie subgénérale est la zone la plus prometteuse dans le traitement des patients dépressifs.

Antoine SPIRE

Que faire pour qu'il y ait davantage de croyants parmi les psychiatres ?

Professeur PALFI

Nous devons travailler de manière très rigoureuse sur le plan scientifique et de la recherche clinique. Il est très important de convaincre les psychiatres qu'introduire des électrodes dans le cerveau est tolérable au regard des ennuis psychiatriques induits chez les patients, même si c'est invasif. Actuellement, les patients inclus dans les protocoles de psychochirurgie sont très sévères et résistants au traitement médical. Petit à petit, nous irons vers des patients moins sévères.

Professeur LEMAIRE

Nous avons également à mener un important travail de fond pour reprendre la main sur le fonctionnement du cerveau. Tous les psychiatres ne sont pas convaincus de la nécessité d'un décloisonnement.

Antoine SPIRE

La plupart des psychiatres que j'ai interrogés sur la collaboration avec les neurochirurgiens estiment que ce positivisme ne rend pas compte de la complexité de l'activité psychiatrique. D'aucuns pensent même que les neurochirurgiens ne cherchent qu'à s'attribuer la pathologie psychiatrique.

Professeur DEVAUX

C'est complètement faux. D'ailleurs, hormis quelques personnalités, nous nous entendons très bien avec les psychiatres. L'importance numérique, dans la population, des pathologies cognitives dans lesquelles nous pouvons intervenir nous y oblige. Très peu de patients en bénéficient car les psychiatres, les neurologues et les neurochirurgiens travaillent de manière extrêmement rigoureuse.

Antoine SPIRE

Les structures de collaboration entre les psychiatres et les neurochirurgiens sont-elles suffisamment nombreuses ?

Professeur PALFI

Quelques centres en France sont orientés vers la recherche en psychochirurgie. Nous avons des réunions de concertation pluridisciplinaire entre chirurgiens, psychiatres et neurologues. Nous y discutons des cas, des techniques et des essais cliniques.

Antoine SPIRE

Existe-t-il suffisamment de structures d'échanges ?

Professeur PALFI

A ce stade, je le crois. Nous sommes encore dans la recherche clinique. Nous avons de nombreux progrès à effectuer, aussi bien dans la sélection des patients que dans la technique chirurgicale, le suivi et la stimulation. Toutes les villes ne sont pas équipées d'un centre de pointe. Nous devons donc conserver des centres pionniers dans le développement de la psychochirurgie.

Antoine SPIRE

Parlons des greffes. Leurs résultats doivent être absolument convaincants.

Professeur PALFI

Non. Qu'il s'agisse des greffes neuronales ou de thérapie génique, nous sommes face à la construction de l'avenir. Nous n'avons pas abouti, même si nous progressons depuis vingt ans. Les voies thérapeutiques à envisager sont extrêmement nombreuses.

Antoine SPIRE

Ce n'est donc pas encore opérationnel.

Professeur PALFI

Non. Il ne faut surtout pas brûler les étapes, alors que la technologie n'est pas prête. Nous avons encore besoin de beaucoup travailler. Une fois que la technologie sera prête, il s'agira alors d'une véritable révolution dans le traitement des pathologies qui induisent une dégénérescence neuronale.

Antoine SPIRE

Pensez-vous qu'il est possible d'associer les psychiatres à la recherche sur les greffes ?

Professeur PALFI

Oui. Mon département rassemble des psychiatres en neurochirurgie, des neurologues en neurochirurgie, des neuroradiologues, des chercheurs en thérapie cellulaire et en biologie moléculaire. Nous discutons et nous progressons ensemble chaque semaine pour corriger un comportement moteur ou un effet indésirable psychiatrique.

Antoine SPIRE

Les découvertes de la science neurologique sont-elles facilement acceptées par les spécialistes issues de disciplines très différentes ?

Professeur PALFI

Oui, bien sûr. Nous développons également des outils. Nous progressons pas à pas, en partant du plus simple.

Antoine SPIRE

A quel moment passez-vous du stade de la recherche au stade opérationnel en neurochirurgie ?

Professeur PALFI

Nous passons d'abord par différentes phases - sécurité, efficacité. Nous devons nous attacher à démontrer que la technique inventée peut être diffusée dans différents centres de manière sûre et efficace. Dès lors que nous y sommes parvenus, elle peut entrer dans le domaine du soin courant. Cela demande des années de travail pour chaque technologie.

Antoine SPIRE

Comment un neurochirurgien peut-il savoir à quel moment la phase opérationnelle sera atteinte ?

Professeur DEVAUX

Nous avons des contacts étroits avec des psychiatres et des neurologues. Les établissements ont également des contacts entre eux.

Docteur GAILLARD

J'ajoute qu'il est important de ne pas brûler les étapes. Je ne suis pas surpris que nous ne soyons pas au courant de tout. Avant de communiquer, encore faut-il avoir quelque chose à dire.

Antoine SPIRE

N'avons-nous pas un problème avec la situation de l'individu ? Sur le plan neurologique, chaque individu réagit de manière spécifique. Dès lors, n'est-il pas difficile de mettre en place des protocoles ?

Professeur PALFI

Je suppose que vous parlez des phénotypes du patient. Nous y faisons très attention. Les patients sont assez homogénéisés dans les programmes. Nous faisons également très attention au génotype du patient. Nous savons si un patient, en fonction de son phénotype et de son génotype, est un bon ou un moins bon répondeur. Nous nous orientons vers une personnalisation très importante du traitement du patient. C'est déjà le cas avec la stimulation cérébrale profonde, qui permet de stimuler de manière plus importante une électrode par rapport à une autre. En cela, elle marque le début de la personnalisation du traitement.

Antoine SPIRE

Comment procédez-vous avec le phénotype ?

Professeur PALFI

Nous utilisons l'imagerie clinique et tous les signes qui donnent le stade du patient.

Antoine SPIRE

Ces signes sont-ils homogènes ?

Professeur PALFI

Non. Il faut les reconnaître. Nous avons des outils pour cela. Nous suivons le phénotype du patient durant son traitement.

Professeur LEMAIRE

Il faut beaucoup de rigueur, et du temps. Nous avons besoin d'enthousiasme pour avancer, sans aller trop vite.

Antoine SPIRE

Avant d'ouvrir les échanges à salle, je vous propose d'écouter un exposé du professeur Régis, qui remplace au pied levé le professeur Benabid.

De la stimulation cérébrale profonde aux exosquelettes : où en sommes-nous ?

Professeur Jean REGIS, Chef du service de neurochirurgie fonctionnelle et stéréotaxique de l'hôpital de la Timone

Nous devons au professeur Benabid une très grande découverte réalisée dans les années 80, alors que les techniques neurochirurgicales de traitement du tremblement consistaient essentiellement à réaliser une petite lésion au niveau du noyau ventral intermédiaire du thalamus : le VIM. Cette lésion était définitive, pour le meilleur et pour le pire. Le professeur Benabid a eu l'idée de laisser en place un système de stimulation électrique. Il a démontré que l'efficacité sur le tremblement était remarquable en utilisant des fréquences élevées de stimulation. Cette technique présentait l'avantage d'être adaptable et réversible. Le professeur Benabid a développé ces techniques avec des instruments nouveaux et des cibles nouvelles. Il est devenu le pionnier de la stimulation cérébrale profonde, dont bénéficient aujourd'hui des milliers de patients partout dans le monde.

Malheureusement, appliquée à la maladie de Parkinson, cette stimulation ne protège pas de la poursuite de la maladie dégénérative. Le professeur Benabid pense qu'il est nécessaire de trouver un traitement du processus dégénératif. Pour cela, il est très investi dans plusieurs projets de recherche, notamment l'utilisation des rayonnements proches de l'infra-rouge. Le professeur Benabid a pu démontrer l'efficacité de cette stimulation de manière préclinique. Il envisage à présent de réaliser un essai prospectif chez l'homme.

Le professeur Benabid travaille également sur l'interface cerveau-machine, qui vise à rendre de la mobilité à un patient tétraplégique. Plusieurs étapes sont nécessaires avant de parvenir à un mouvement voulu par le patient en dehors de son corps. Il faudra enregistrer une activité, analyser l'information générée par le cerveau et la traduire en une commande. La mise en place de ce type de technologie nécessite des recherches dans des domaines différents. La voie choisie par le professeur Benabid a cela de particulier qu'il s'est orienté vers la mise en place des exosquelettes. Il entend créer de la robotique autour du patient pour lui permettre de se déplacer.

Les patients sont extrêmement divers. Certains sont normaux, d'autres sont sensibles, résistants ou très résistants. La personnalisation de la radiochirurgie, comme les autres méthodes thérapeutiques neurochirurgicales, représente donc un enjeu très important. Une étude de screening génétique et d'analyse des comorbidités est d'ailleurs en cours de démarrage. Elle permettra de comprendre pourquoi certains patients développent des réactions excessives.

La France est un pays riche. Nous voyons tout à l'angle de la stimulation cérébrale profonde, qui est une thérapie extrêmement onéreuse. Une grande majorité des malades parkinsoniens dans le monde n'aura jamais la possibilité économique de bénéficier d'une stimulation cérébrale profonde. Il est important de l'avoir à l'esprit.

Echanges avec la salle

De la salle

Je suis moi-même neurochirurgien. Il y a quarante ou cinquante ans, nous opérons pour éviter la mort. Nous sommes ensuite intervenus pour prévenir certaines maladies. Aujourd'hui, nous opérons pour réparer les fonctions cérébrales détruites. Nous voulons faire marcher les paraplégiques, faire voir les aveugles et faire entendre les sourds. En une génération, nous sommes passés de la neurochirurgie préhistorique à la neurochirurgie du futur.

Professeur PALFI

Je suis tout à fait d'accord. Tout en améliorant la fonction cérébrale, nous continuons à sauver des vies. Nous essayons d'apporter notre pierre à l'édifice du progrès médical et neurochirurgical. De nombreux outils se développent. Les technologies sont foisonnantes, y compris en imagerie. L'avenir est au progrès. De nouvelles générations prendront le relais pour traiter les maladies neurologiques.

Antoine SPIRE

Je ne suis absolument pas convaincu par votre optimisme. Je préférerais que nous nous focalisions sur ce qui ne fonctionne pas.

Professeur LEMAIRE

Un mouvement est lancé. Il est inexorable. Un gouffre énorme nous sépare de la connaissance, mais nous possédons des moyens d'investigation qui sont de moins en moins agressifs. Cela nous ouvre des perspectives. C'est sûrement par la discussion avec nos collègues d'autres disciplines que nous pourrions progresser. Au-delà de l'aspect strictement médical, nous sommes accompagnés par des spécialistes technologiques. Les neurochirurgiens sont prêts. Nous sommes parfaitement conscients de ce qui nous sépare de la connaissance, mais des progrès considérables ont été accomplis.

De la salle

Des recherches sont-elles en cours sur la maladie d'Alzheimer, qui touche beaucoup de monde, mais dont il a très peu été question ?

Professeur LEMAIRE

Nous commençons à avoir des images de plus en plus précises des différentes parties du cerveau qui dysfonctionnent. Le sujet n'est pas simple car le mode de fonctionnement du cerveau fait qu'il n'existe pas un circuit pour tel comportement ou telle maladie. L'industrie pharmaceutique s'intéresse au plus haut point à l'imagerie.

Antoine SPIRE

Alzheimer couvre un spectre extrêmement divers de maladies. Beaucoup de maladies de la sénescence proches d'Alzheimer ne sont pas Alzheimer. La rigueur du terme Alzheimer est donc très difficile à utiliser.

Professeur PALFI

Effectivement. Nous ne parviendrons pas à faire de progrès sur le plan médical si nous ne connaissons pas bien la maladie. Un important travail est réalisé de ce point de vue.

De la salle

Que pouvez-vous dire de la chirurgie à patient éveillé ?

Professeur LEMAIRE

Cette démarche a permis de rendre service à des patients, tout en nous apportant une quantité incroyable d'informations sur le fonctionnement cérébral. L'anesthésie locale n'en demeure pas moins un sujet compliqué pour les chirurgiens. Nous le connaissons très bien en stimulation cérébrale profonde. Nous sommes en plein dans le sujet de la personnalisation du patient. Cette approche passionnante pose des questions qui vont très au-delà de la technique elle-même. Personnellement, je préférerais que les patients ne se rendent pas compte de ce que nous faisons. Pour autant, la communauté chirurgicale suivra si la preuve lui est apportée que cette technique apporte un véritable plus.

Professeur DEVAUX

Une équipe basée à Montpellier a montré que les fonctions cérébrales que nous connaissions par l'anatomie fonctionnelle classique n'étaient pas si vraies. En réalité, le cerveau peut s'adapter. Lorsqu'une tumeur se développe, les zones fonctionnelles ne sont plus tout à fait les mêmes. Les fonctions cérébrales peuvent se déplacer, au moins pour leur partie corticale.

De la salle

Des travaux sont-ils menés sur le cerveau en développement, autrement dit le cerveau de l'enfant ? Quelles sont les problématiques particulières que soulève ce domaine ?

Professeur LEMAIRE

Les problématiques ne sont pas du tout les mêmes. Toutes les techniques que nous envisageons de développer chez l'adulte peuvent probablement se transposer chez l'enfant, mais le sujet est extrêmement complexe. Il est même immense. En tout cas, il s'agit d'une réelle préoccupation.

Professeur DEVAUX

Dans la chirurgie de l'épilepsie, particulièrement celle qui est due à des anomalies de développement du cerveau, nous pouvons offrir aux enfants une guérison, donc une vie normale. Evidemment, cela nécessite de procéder à une sélection. Certaines lésions sont accessibles à des techniques chirurgicales.

La chirurgie des personnes âgées dépendantes

Professeur Georges MANTION

Président de l'Académie Nationale de Chirurgie

Je suis ravi d'être parmi vous aujourd'hui pour représenter l'académie nationale de chirurgie, que je préside cette année. Cette présence est la traduction d'un partenariat de plusieurs années avec la Fondation de l'Avenir. L'académie nationale de chirurgie a été fondée en 1731 par Louis XV. Pour autant, elle est bien ancrée dans le monde moderne. La diffusion de nos séances hebdomadaires sur Internet en est la meilleure preuve, surtout que notre académie regroupe toutes les spécialités chirurgicales.

La chirurgie des personnes âgées dépendantes est un sujet très particulier. Aujourd'hui, les chirurgiens peuvent pratiquement tout opérer. Simplement, l'âge peut être un facteur. Or la définition de l'âge n'est pas toujours simple à donner. Une personne dépendante est une personne vulnérable. Les chirurgiens se posent de nombreuses questions. Le risque est de réussir l'opération sans améliorer la situation du malade, voire en aggravant son cas, avec un résultat tout à fait négatif en termes de survie à court ou moyen terme.

D'après une enquête récente, un tiers des américains ont été opérés dans l'année qui a précédé leur décès. Une très grande partie des patients de plus de 80 ans a été opérée dans le mois précédant son décès. Nous avons donc besoin de mieux comprendre les mécanismes de la physiologie dégradée par l'agression chirurgicale.

Table ronde

- **Docteur Christiane Verny**, chef de service gériatrie aigüe à l'Hôpital Bicêtre, membre du comité scientifique de la fondation Paul Bennetot (Matmut) ;
- **Docteur Ivan Philip**, anesthésiste à l'Institut Mutualiste Montsouris ;
- **Professeur Xavier Cathelineau**, chef du département urologie à l'Institut Mutualiste Montsouris ;
- **Professeur Philippe Denormandie**, chirurgien neuro-orthopédiste, directeur général adjoint du Groupe Korian ;
- **Professeur Patrick Dehail**, chef de service MPR au CHU de Bordeaux ;
- **Professeur Georges Mantion**, président de l'Académie Nationale de Chirurgie.

Les débats sont animés par Antoine Spire, journaliste.

Antoine SPIRE

45 % des hospitalisations concernent des personnes âgées dépendantes. Ce chiffre est très impressionnant. Qui sont ces personnes âgées dépendantes : sont-ce les plus de 75 ans, comme cela est communément admis ? De quelle dépendance est-il question ? La chirurgie opérée est-elle essentielle ou de confort ? Quels sont ses effets secondaires ? Comment interpréter l'éventuelle comorbidité ?

Professeur DENORMANDIE

Je déteste ce terme de « dépendance ». Nous opérons des personnes qui se retrouvent avec un certain nombre d'incapacités, et nous essayons d'améliorer leur situation.

Avant de parler d'hospitalisation, j'aimerais que nous nous intéressions au champ de la prévention. Nous avons une véritable problématique de prévention auprès des personnes âgées dans un certain nombre de domaines. De nombreuses hospitalisations sont évitables.

Les personnes âgées présentent une variété très importante. Certaines ont besoin de soins de confort. D'autres soins tournent autour de la douleur. Nos spécialités sous-estiment probablement l'importance de l'impact d'un certain nombre de pathologies sur les composantes douloureuses des personnes âgées. Or la douleur est un facteur extrêmement péjoratif sur l'évolution des troubles cognitifs. Nous avons une véritable réflexion à mener sur ce champ de la douleur.

Le champ du fonctionnel est également important. Il peut m'arriver d'opérer une personne qui a une main fermée pour lui permettre de prendre un verre. Récemment, j'ai vu un établissement où les personnes âgées étaient transférées sur des rails, alors que la moitié d'entre elles pourrait se déplacer les pieds au sol. Le fonctionnel, ce n'est pas que la marche ; c'est également pouvoir réaliser sa toilette debout.

Je terminerai mon propos sur le champ de l'esthétique et du corps. J'opère beaucoup de personnes complètement déformées. Or la déformation du corps peut modifier la relation aux autres. Le champ de l'esthétique du corps est donc essentiel. Il est clé dans la relation aux autres comme dans la relation aux professionnels. Ces derniers ont tendance à avoir un regard de bienfaisance. Nous passons notre temps à essayer de penser ce qui est bon pour la personne âgée, plutôt que d'essayer de comprendre ce qu'elle souhaite.

Antoine SPIRE

Essayons de sérier les sujets. Qui sont les personnes âgées dépendantes : s'agit-il des personnes de plus de 75 ans ? Que sont la dépendance sur le plan cognitif et la dépendance sur le plan physique ?

Docteur VERNY

Les personnes âgées sont les plus de 75 ans. Toutefois, toutes les personnes âgées ne sont pas gériatriques. La dépendance est un peu plus compliquée chez le sujet âgé que chez le sujet plus jeune. La dépendance caractérise l'impossibilité totale d'effectuer au moins un des gestes de la vie courante avec ou sans aide technique. Le vieillissement entraîne une difficulté d'adaptation à une situation nouvelle. Le cognitif a un impact très important sur les causes de dépendance des sujets âgés.

La dépendance peut être uniquement physique. Elle peut également être cognitive. Dès lors, il existe une grande différence entre les personnes qui communiquent et celles qui ne communiquent pas. Les indications chirurgicales doivent tenir compte de cet aspect fondamental.

Antoine SPIRE

Partagez-vous cette séparation ?

Professeur CATHELINEAU

Oui. Le champ de la prévention est très important dans la chirurgie des personnes dépendantes. Par ailleurs, il est important d'étudier en amont le ratio bénéfice/risque. La chirurgie est faite pour les patients, pas pour les chirurgiens. Par la suite, l'hospitalisation doit être très bien organisée, de même que la sortie et l'organisation des soins avec l'extérieur.

Professeur DEHAIL

La prévention peut être envisagée avant qu'il n'y ait un traumatisme aigu. Elle doit également concerner l'aggravation de la perte d'autonomie dans des structures médico-sociales de type EHPAD. De ce point de vue, nous avons un vrai problème en France. Lorsqu'une personne âgée qui est déjà dépendante se retrouve dans un EHPAD, les soignants ont tendance à faire les choses à sa place, ce qui entraîne une dégradation des capacités procédurales de cette personne. Ce faisant, les personnes âgées perdent leurs compétences résiduelles. La prévention est donc très importante durant la période d'institutionnalisation. Il faut faire participer les personnes âgées autant que possible.

Antoine SPIRE

Comment éviter la perte d'autonomie ? Comment favoriser les rapports sociaux afin que les patients conservent leurs compétences ?

Professeur DENORMANDIE

En France, notre vision nous conduit à apporter du service. Dans les pays nordiques, la démarche est complètement différente. Dans nos EHPAD, 50 à 60 % des patients sont en fauteuil. En Allemagne, ce taux est d'à peine 20 %, tandis que 70 % des patients ont des déambulateurs ; ces 70 % sont donc debout. En France, nous avons une vision médicale de la vieillesse. Nous avons besoin de changer de paradigme sociétal. Plus une personne va mal, plus nous gagnons de l'argent. Plus la personne est lourde, plus la structure reçoit des financements. Nous devrions plutôt nous battre pour qu'une personne qui présente des incapacités puisse continuer à faire des choses. C'est pour cela que nous devrions être financés.

Si nous ne changeons pas le paradigme global de la manière dont nous avons envie de positionner les personnes âgées dans notre société, nous reconduirons un système qui est fondamentalement pervers.

Docteur VERNY

La première manière de lutter contre la perte d'autonomie dans les services hospitaliers consiste à lever les patients. Il suffit de se promener dans des services qui ne sont même pas des services de gériatrie aigue pour constater qu'un grand nombre de patients restent au lit. Le simple fait d'installer un patient dans un fauteuil représente un geste très important. Malheureusement, les maisons de retraite manquent de personnel. Il est beaucoup plus rapide de « faire à la place » que de « faire faire ».

Professeur MANTION

L'hospitalisation est utile. Le sujet tient à la manière de la manager. Dans ma spécialité, la chirurgie viscérale, nous sommes très attachés à la réhabilitation rapide. Nous remettons le patient dans ses conditions initiales dans les heures qui suivent son opération.

Docteur PHILIP

L'âge n'est plus le seul facteur qui conduit à prendre des décisions. Lorsque nous avons débuté nos études, dans les années 80, nous ne réalisions pas de coronographie à un patient souffrant de douleurs thoraciques au-delà de 65 ans. Aujourd'hui, il est possible d'opérer en chirurgie coronaire au-delà même de 90 ans. Nous avons donc réalisé des progrès considérables sur le plan chirurgical et de la prise en charge pré et post-opératoire qui permettent d'aller très loin dans les indications. Techniquement, nous parvenons à faire des prouesses. Néanmoins, quel est le bénéfice pour le patient à moyen et à long terme ? C'est le vrai sujet.

L'un de nos challenges consiste à ne pas faire basculer les patients âgés, par le geste chirurgical, à un niveau inférieur qui les conduirait à devenir dépendants.

Antoine SPIRE

Comment évaluez-vous la qualité de vie d'un patient après une opération chirurgicale ? Il arrive, après une opération, que des malades soient attachés ou qu'ils prennent des psychotropes. Cela entre-t-il dans l'évaluation bénéfice-risque ? Comment travaillez-vous sur la comorbidité pour procéder à cette évaluation bénéfice-risque, alors qu'un patient peut souffrir de différentes maladies ?

Professeur DEHAIL

Prenez le cas d'un patient qui n'est pas dépendant, mais qui est en situation de fragilité, et qui se retrouve en chirurgie orthopédique avec une fracture du col du fémur. Il sera important de réaliser un véritable bilan de ses comorbidités, des traitements qu'il prend et du risque de décompensation avant de l'opérer. Ces facteurs de risque doivent être évoqués avec l'anesthésiste afin que ce dernier prenne la meilleure décision. Après l'intervention, il faudra qu'une équipe soit capable de très vite sortir le patient du lit pour le remettre d'aplomb. La manière la plus efficace d'y parvenir consiste probablement à mutualiser nos compétences. Il existe un modèle, l'ortho-gériatrie*, qui se développe en chirurgie orthopédique. Il a déjà montré son efficacité en réduisant d'une manière significative la durée de séjour, le niveau de dépendance du patient à la sortie et le risque de complication cutanée. Ce modèle, qui apporte un bénéfice important à tout le monde, pourrait être exporté à d'autres champs disciplinaires.

** Le terme d'orthogériatrie, regroupe tout ce qui concerne directement les soins péri-opératoires, l'opération elle-même, la réhabilitation, la prévention secondaire, la recherche clinique et préclinique ainsi que les axes nouveaux d'accompagnement de la personne âgée lorsqu'elle est hospitalisée pour fracture.*

S'agissant de la qualité de vie, nous l'évaluons très mal. Nous utilisons des échelles plus ou moins ajustées, qui ne représentent qu'un aspect très partiel de ce qu'est la qualité de

vie. Néanmoins, nous pouvons être d'accord sur un certain nombre de dénominateurs communs. Par exemple, une personne autonome pour faire sa toilette ou aller aux toilettes bénéficie d'une certaine qualité de vie.

Antoine SPIRE

Qu'en est-il du syndrome confusionnel post-opératoire dû à l'âge et des syndromes démentiels qu'une opération peut aggraver ? De quelle manière en tenez-vous compte dans l'évaluation du ratio bénéfice-risque ?

Professeur CATHELINEAU

En amont, nous devons tenir compte des comorbidités des patients, ainsi que du potentiel de complication que peut amener un geste. Sur le plan post-opératoire, le risque majeur de syndrome confusionnel se pose à deux jours après l'intervention. Il est encore plus grand chez un patient qui a déjà une dépendance cognitive. Tout cela entre en compte dans la décision, d'où l'intérêt de bien peser l'indication opératoire, mais également de réduire au maximum la durée opératoire et de faire le geste le moins traumatisant possible. Les hospitalisations doivent être courtes.

Docteur PHILIP

Si l'on met de côté les accidents vasculaires post-opératoires, il existe deux types d'accidents dans la chirurgie non-cardiaque : les accidents précoces liés à des syndromes confusionnels et les dysfonctionnements cognitifs. L'âge est un facteur prédictif et péjoratif que l'on retrouve dans les deux syndromes. Pour éviter les syndromes confusionnels, il convient de mettre en place une prise en charge collégiale, avec des gestes de moins en moins invasifs. Les sujets âgés doivent être verticalisés et mis hors de l'hôpital le plus rapidement possible. Le syndrome cognitif post-opératoire est probablement plus insidieux et plus difficile à percevoir.

Professeur MANTION

Pour notre part, nous organisons des réunions pluridisciplinaires en onco-gériatrie. Malheureusement, nous manquons de gériatres en France. Néanmoins, chaque fois que nécessaire, nous prenons le temps de recueillir l'avis d'un spécialiste afin de mieux analyser le ratio bénéfice-risque du patient. La qualité de vie est une notion qui peut paraître subjective. Il n'existe pas forcément d'échelle. Il convient donc de dialoguer avec le patient lorsqu'il est en état de le faire, et écouter ce qu'il considère comme étant une qualité de vie. Lorsqu'il n'est pas possible de s'entretenir avec le patient, il faut s'entretenir avec sa famille.

Professeur DENORMANDIE

Une personne âgée a des envies de plaisir immédiat et bien identifié autour de certaines activités. En l'opérant, nous passons un contrat avec elle. Il est donc important de savoir pourquoi nous opérons cette personne. Une fois cet objectif défini, nous pouvons présenter au patient le risque associé. Nous devons être plus minimalistes. Les personnes âgées nous obligent à repenser ce que nous faisons, ce qui est valable pour toutes les spécialités.

Professeur DEHAIL

Il convient tout de même de distinguer la chirurgie urgente et nécessaire pour des raisons organiques et la chirurgie fonctionnelle qui vise à améliorer la qualité de vie ou le confort du patient. Nous ne faisons jamais de geste sans nous interroger sur son bénéfice concret et ses conséquences. Effectivement, nous devons fixer un contrat avec le patient, une personne de confiance ou la famille.

Antoine SPIRE

Le sujet du dialogue avec les patients et leur famille est absolument clé. Comment se déroulent ces discussions, alors que les chirurgiens savent parfaitement ce qu'il faut pour permettre au patient d'aller mieux ? Que faites-vous de l'accord du patient ?

Professeur CATHELIN

La chirurgie est faite pour les patients, pas pour nous. Il faut bien distinguer la chirurgie fonctionnelle et la chirurgie pour une pathologie évolutive. Dans le premier cas, nous devons simplement nous demander si l'intervention chirurgicale apportera un plus au patient. Parfois, il suffit de médicaments et de quelques conseils, sauf si le patient ou son environnement émettent un véritable souhait d'intervention chirurgicale. Nous procédons au cas par cas. Nous devons tendre vers une médecine personnalisée pour tout ce qui est fonctionnel, en tenant compte de ce que souhaite le patient et des bénéfices que nous sommes capables d'apporter.

Antoine SPIRE

Dès lors que vous avez estimé qu'une opération était indispensable pour une personne âgée, comment se déroule le dialogue avec ce patient lorsque celui-ci souffre d'une déficience ? Essayez-vous de le convaincre ? Comment recueillez-vous son consentement ?

Professeur CATHELIN

Je ne réfléchis pas de cette manière. Une chirurgie n'est jamais indispensable. Nous n'avons donc pas à forcer un patient.

Professeur MANTION

Tout ceci est protocolisé. Lorsqu'un patient âgé vient nous voir, nous lui expliquons les bénéfices et les risques d'une intervention en des termes qu'il peut comprendre. Nous ne cherchons jamais à convaincre un patient que nous devons absolument l'opérer. Le pouvoir médical consiste simplement à bien expliquer au patient le contrat en termes de bénéfice-risque. Depuis plusieurs années, nous savons très bien le faire.

Docteur VERNY

Certains patients ne sont pas aptes à comprendre ce rapport bénéfice-risque. Nous devons intervenir en amont. Or nous disposons de petits moyens complètement individualisés pour évaluer la qualité de vie. Au besoin, nous prenons contact avec le personnel des EHPAD pour nous faire une idée de la qualité de vie du patient. Lorsque nous nous entretenons avec le patient, nous nous sommes déjà fait notre propre idée : nous pouvons donc lui présenter les choses d'une certaine manière, sans chercher à le convaincre. Il est important que le patient comprenne notre position. S'il refuse une intervention après avoir été complètement éclairé, nous suivons son avis.

Antoine SPIRE

Est-il déjà arrivé qu'un patient vous dise qu'il préfère ne pas être opéré ? Dans ce cas, tenez-vous compte de son point de vue ?

Professeur DEHAIL

N'étant pas chirurgien, je ne suis pas confronté à ce type de situation. Ce qui m'importe, c'est que le chirurgien ou l'anesthésiste ne renoncent pas à un acte chirurgical en raison d'un manque d'accompagnement. Revenons à mon exemple du patient souffrant d'une fracture du col du fémur : si nous ne le remettons pas debout, ce patient est condamné. Or de trop nombreuses équipes renoncent car l'environnement ne permet pas au chirurgien ou à l'anesthésiste de bien faire son travail. Il s'agit d'un véritable problème éthique. Nous avons

besoin d'un meilleur travail pluri-professionnel autour du patient. De plus en plus, nous donnons de l'information à plusieurs, avec des mots qui sont compréhensibles par le patient, ses aidants et sa famille.

Docteur PHILIP

Effectivement, il existe une grande hétérogénéité dans la prise en compte du risque. Ainsi, il nous arrive d'accepter de prendre en charge des patients qui ont été récusés ailleurs. Ce n'est pas à une seule personne qu'il appartient de prendre une décision. Les décisions sont collégiales. Au moindre doute, il faut appeler le chirurgien.

Professeur MANTION

Je suis tout à fait d'accord. La prise en charge des patients est un sujet difficile, en particulier dans les pathologies évolutives. Il est très difficile de dire oui ou non. Nous recueillons donc toujours l'avis des spécialistes gériatriques. En outre, il est important de bien expliquer au patient et à sa famille qu'il ne sera pas abandonné s'il n'est pas opéré. Ce patient sera pris en charge dans un circuit de soins extrêmement personnalisé.

Antoine SPIRE

Acceptez-vous qu'un patient ou un proche ait un point de vue différent de celui de l'équipe médicale ?

Professeur DENORMANDIE

Bien sûr. Cela ne souffre d'aucune discussion. Les points de vue sont même parfois différents entre la personne âgée et certains membres de sa famille. Cela doit nous conduire à nous interroger sur la manière de construire une décision dans un environnement complexe. Nous devons construire des décisions collectives. Parfois, nous faisons appel à des logiques de médiation.

Antoine SPIRE

Comment se construit la décision avec le malade et son entourage ?

Docteur VERNY

C'est très compliqué. Le malade ne doit pas être privé de son libre-arbitre. S'il ne souffre pas de troubles cognitifs, c'est à lui de décider, même s'il est très âgé. La situation est plus difficile lorsqu'un patient souffre de troubles cognitifs, sans être sous tutelle. Il arrive que le patient et sa famille ne partagent pas la même position. Nous entrons alors dans de la négociation. Ce n'est vraiment pas simple. Je ne sais pas comment gérer ces situations.

Professeur CATHELINEAU

Je suis tout à fait d'accord. Il existe de nombreuses techniques qui font que la décision n'est pas binaire : ce n'est pas la chirurgie ou rien. Certes, le résultat n'est pas aussi bon que celui de la chirurgie classique, mais le bénéfice est réel et suffisamment significatif. Il est donc possible de trouver des solutions adaptées à chacun.

Antoine SPIRE

Comment traitez-vous la question de la souffrance pendant et après l'opération ?

Professeur CATHELINEAU

Il s'agit d'une question essentielle. Aujourd'hui, la douleur est bien prise en charge dans les établissements. Encore une fois, c'est toute une équipe médico-chirurgicale qui intervient.

Docteur PHILIP

La douleur constitue évidemment une préoccupation majeure en péri-opératoire. Lorsqu'un patient souffre avant l'opération, l'objectif doit évidemment être de faire diminuer cette douleur en post-opératoire. En revanche, lorsqu'un patient ne souffre pas avant l'opération, nous devons nous interroger sur les types de douleur qui apparaîtront en post-opératoire et bien expliquer au patient que l'analgésie peut présenter un certain nombre d'effets secondaires. Nous utilisons de plus en plus des techniques combinées qui permettent d'avoir moins recours au morphinique en post-opératoire. Tout ceci doit être expliqué au patient.

Antoine SPIRE

Que faites-vous lorsqu'un malade vous déclare qu'il est extrêmement sensible à la douleur ? Tout le monde ne présente pas la même sensibilité à la douleur. Pouvez-vous accorder davantage d'attention à un patient qui a l'impression de souffrir énormément ?

Docteur PHILIP

Des patients ne tolèrent pas bien certains antalgiques. Il nous faut savoir les écouter durant la consultation d'anesthésie. Il est important que les patients comprennent que nous en tiendrons compte et qu'ils sachent que leur prise en charge sera individualisée.

Professeur DENORMANDIE

La douleur post ou péri-opératoire offre un champ d'action extrêmement vaste dans le non-médicamenteux. Je pense notamment à l'association de la musicothérapie avec des soins douloureux. Nous devons réfléchir différemment. C'est une chance.

Antoine SPIRE

Avez-vous l'impression que l'intervention est suffisamment unitaire du point de vue de la technique de soin et des soins de support ? Comment avoir une vision synthétique et unique du « cure » et du « care » en même temps ?

Professeur DEHAIL

Cela nécessite de la pédagogie. Les techniques complémentaires sont très importantes avec les patients vulnérables. Souvent, elles deviennent même prioritaires. Plusieurs techniques ont déjà fait la preuve de leur efficacité. Malheureusement, elles sont sous-enseignées et sous-appliquées. Dès que nous le pouvons, nous devons nous abstenir d'un traitement médicamenteux supplémentaire, surtout chez le patient polymédiqué.

Docteur VERNY

Ces pratiques non-médicamenteuses ne sont du tout enseignées. Nous n'avons même pas accès à ces méthodes dans les centres hospitaliers.

Professeur MANTION

Il est très difficile d'utiliser une échelle d'évaluation de la douleur avec une personne âgée qui est en situation de dépendance. Nous avons du mal à évaluer le degré de ressenti douloureux de ces patients. Il s'agit d'un véritable problème.

Docteur VERNY

Nous possédons des échelles qui font intervenir l'observation du patient par le soignant, sans aucune interprétation de la part du soignant. Nous n'avons donc pas toujours besoin de faire intervenir le patient.

Professeur DEHAIL

Ces échelles non-verbales d'estimation de la douleur ne sont pas suffisamment connues. Pourtant, il faut absolument les utiliser.

Antoine SPIRE

Pensez-vous que cette réflexion sur la douleur se déroule vraiment partout ? J'ai visité trop de services médicaux au sein desquels la question de la douleur n'était pas suffisamment prise en compte. Avons-nous progressé au point que la douleur n'est même plus une question ?

Professeur MANTION

Non. La douleur reste une question car elle est toujours présente, malgré les traitements. La douleur est une préoccupation de tous les professionnels de santé. Simplement, l'évaluation et l'interprétation des signes de la douleur ne sont pas faciles chez les personnes âgées dépendantes.

Antoine SPIRE

Comment le sujet de la douleur est-il pris en compte après l'intervention chirurgicale, lorsque le patient est rentré chez lui ou dans son EHPAD ? Comment dialoguez-vous avec le médecin traitant ?

Professeur CATHELIN

La sortie du patient doit être organisée en concertation avec le patient, sa famille, son médecin traitant et les différents intervenants de sa prise en charge. Il est essentiel que les informations soient transmises rapidement. La communication doit être directe et immédiate afin que tout le monde soit prêt à la sortie du patient.

Antoine SPIRE

Est-ce que tout cela fonctionne bien ?

Professeur DENORMANDIE

Non, sinon nous ne serions pas ici. De nombreux acteurs interviennent. Or tous n'ont pas les mêmes intérêts. Face à cela, le monde sanitaire s'érige parfois en donneur de leçons auprès du médico-social. Les personnes âgées nous obligent à nous questionner. Malheureusement, le monde de la personne âgée est assez silencieux. Personne ne vient nous bousculer. Pourtant, nous avons d'énormes progrès à faire. Pour cela, je crois beaucoup à la féminisation. Des choses changent. Nous avons l'opportunité de repenser des rapports différents. Notre culture est encore trop hospitalière. Nous devons la rééquilibrer.

Docteur VERNY

La prise en charge de la douleur en EHPAD n'est pas aisée puisque la plupart de ces établissements n'ont pas de personnel infirmier la nuit. Le personnel soignant ne peut pas donner de morphine.

Professeur DENORMANDIE

Dans la réalité, les aides-soignants interviennent la nuit en fonction des ordonnances qui ont été prescrites. Ce que je trouve absolument anormal, c'est qu'il n'y ait pas de délégation de tâches, alors que les infirmières sont davantage capables d'évaluer les besoins du patient face à la douleur que le médecin traitant.

Antoine SPIRE

Je vous propose maintenant d'écouter la salle.

Echanges avec la salle**De la salle**

J'ai beaucoup aimé cette table ronde et les propos échangés. Néanmoins, ce que j'y ai entendu n'est pas toujours conforme avec la vraie vie. J'ai été coordinateur dans une maison de retraite. J'y suis resté un mois et demi. Il n'y avait pas de coordination. Je devais me débrouiller avec très peu de personnel infirmier. Les EHPAD ont un véritable problème de personnel. Nous ne pouvons pas améliorer la vie des patients.

Professeur DEHAIL

Nous faisons tous le même constat. Nous ne vivons pas dans un monde différent du vôtre. Nous sommes confrontés à cette dichotomie entre la nécessité du soin et l'insuffisance de personnel. Nous devons évoluer dans ce cadre contraint. Des établissements se battent. Des équipes ont compris les problématiques de liaison entre l'hôpital et les institutions. Ces articulations sont encore insuffisantes, en termes de qualité comme de quantité. Par exemple, nous devons davantage développer les équipes mobiles de gériatrie. Toutes les expérimentations qui ont été menées, notamment dans le champ de la rééducation, ont montré un bénéfice notable. Les équipes mobiles apportent de l'encadrement, de la formation, voire des soins techniques.

Au-delà du problème quantitatif, nous avons un problème de philosophie du soin. Notre manière de fonctionner fait qu'un établissement gagne de l'argent en fonction de la dépendance d'un patient. Il s'agit d'un frein majeur à une philosophie bienfaisante.

De la salle

Les établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisée ont développé des alternatives. Le système de prise en charge a déjà largement évolué. Dans nos établissements, une personne sur deux arrive du domicile et non de l'hôpital. Nous essayons d'investir le champ de la prévention. Nous avons créé une équipe mobile. En aval, nous sommes très attentifs, avec une équipe pluridisciplinaire, au maintien à domicile pour éviter toute perte d'autonomie.

D'après un groupe de travail auquel j'ai participé, l'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 92 ans. Un patient reste ensuite 2 ans. J'ai entendu dire qu'il suffirait que les personnes âgées soient maintenues une année de plus pour régler le problème des places en EHPAD en France.

Professeur DENORMANDIE

Il n'existe pas de problème de place en EHPAD. D'après le Ministère, entre 40 et 50 000 places sont inoccupées. En revanche, il est possible qu'il y ait des problèmes de places en certains endroits.

Vous avez posé une question essentielle au sujet des SSR : qui doit gérer la pathologie chronique ? Nous avons la chance, en France, d'avoir un très important maillage de SSR polyvalents gériatrie. Nous pourrions les utiliser, en lien avec les médecins de ville, pour réaliser des bilans. Le plateau technique pourrait alors être utilisé de manière différente. Les personnes très âgées (plus de 85 ans) ne reviennent que très peu dans les SSR après avoir eu un petit problème de santé. Elles effectuent souvent des courts séjours dans les EHPAD, qui deviennent donc des lieux de réautonomisation. Des circuits nouveaux se créent. Les EHPAD et les SSR peuvent certainement occuper des places très utiles à côté de la médecine de ville.

Docteur VERNY

Une partie importante de ces courts séjours correspond à des séjours de répit familial. Par ailleurs, la réautonomisation en EHPAD requiert beaucoup de moyens. Enfin, dans le secteur où je travaille, les SSR ne sont même pas suffisants pour accueillir les patients âgés en perte d'autonomie hospitalisés dans les MCO. En certains endroits, il faut attendre un an pour entrer en EHPAD.

De la salle

Le rôle que peuvent jouer les SSR et les EHPAD dans le parcours de santé est extrêmement intéressant. Néanmoins, le coût est un point important, y compris en transition : passer quelques jours en EHPAD coûte cher. Des dispositifs se mettent en place pour réduire les coûts : il s'agit des nouveaux foyers logements. Malheureusement, il n'existe pas de coordination entre l'établissement hospitalier et ces établissements. La préparation de la sortie pose question.

Professeur DENORMANDIE

Un certain nombre de séjours courts en EHPAD peuvent être pris en charge. Des mutuelles réfléchissent au sujet. Pour les personnes très âgées, le circuit hôpital-foyer logement se développe de manière importante.

De la salle

Je suis étudiante. J'ai la chance de faire partie d'une équipe mobile de gériatrie. Depuis 4 ans que cette équipe existe, 80 % des patients viennent nous voir parce qu'ils ont chuté à domicile. Parmi eux, 50 % retournent chez eux sans que nos préconisations aient été prises en considération. Ils reviendront donc à l'hôpital. Fort de ces constats, que pouvons-nous faire pour coordonner la ville et l'hôpital ? C'est là qu'est le problème. Que pouvons-nous faire pour accompagner les aidants du domicile, qui sont en grande souffrance ? Comment faire pour être là au bon moment ?

Professeur DEHAIL

J'entends vos témoignages, qui pourraient nous faire penser que tout est noir et compliqué, et qu'il est impossible de fonctionner entre SSR, hôpital et EHPAD autour de la personne âgée. Je connais bien ces structures. Le travail que nous réalisons auprès des personnes âgées dépendantes est tout de même très satisfaisant. Il faut se le dire. Simplement, nous sommes fatigués car nous sommes noyés. Les bonnes idées que nous pouvons avoir ne sont que de surface. Personnellement, j'en ai assez des réunions d'une après-midi avec des technocrates de la médecine qui se terminent par une mesure impossible à mettre en place. Ainsi, je me pose des questions sur le sens à donner au projet Trajectoire. Tâchons tout de même de rester pragmatiques et professionnels. Essayons d'en faire un maillon qui ne soit pas trop inutile. Soyons conscients des efforts que nous réalisons tous pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes. De leur côté, nos tutelles doivent comprendre que nous avons besoin d'éléments facilitateurs plutôt que d'entraves administratives.

Antoine SPIRE

Davantage que d'un déficit d'organisation, j'ai l'impression que vous souffrez d'un déficit de la pensée. Nous avons trop l'habitude, en France, de remplacer la pensée par l'organisation. Nous ne pensons pas suffisamment aux petits aspects techniques qui pourraient faciliter la communication entre les diverses structures de soins afin que les suites d'une opération chirurgicale soient prises en compte d'une manière simple. Je crois qu'une réflexion commune est nécessaire pour penser la communication entre les structures de soins.

Professeur DENORMANDIE

L'argent est au cœur du système. Si la tarification d'un acte chirurgical était liée à l'envoi du compte-rendu par le chirurgien, le problème serait réglé. Aujourd'hui, il n'existe ni logique d'intéressement collectif, ni sanction collective.

Télémédecine en EHPAD, retour d'expériences et perspectives

Guénaëlle HAUMESSER, directrice de Générations Mutualistes

Générations Mutualistes est le réseau d'établissements pour personnes âgées, personnes en situation de handicap et petite enfance de la Mutualité Française. Nous avons la chance de travailler dans une logique de parcours avec des EHPAD, des logements foyers, des logements intermédiaires et du maintien à domicile. Deux tiers des personnes âgées de plus de 85 ans sont à domicile. Seul un tiers vit en établissement. Nous devons porter une attention particulière à cette population. Les acteurs du secteur médico-social n'ont pas attendu les progrès technologiques pour travailler sur les questions du parcours et de l'accès aux soins.

Selon le code de la santé publique, la télémédecine est une forme de pratique médicale. Elle est nécessairement accompagnée de professionnels non-médicaux qui vivent au quotidien auprès de la personne fragile. Il s'agit d'une pratique médicale à distance, pratiquée de différentes manières : téléconsultation, téléexpertise, téléassistance, télésurveillance médicale, régulation médicale.

Nos organisations doivent être adaptées aux progrès médicaux et technologiques. Nous devons repenser nos organisations entre le sanitaire et le médico-social au profit d'une meilleure qualité de soins. Il s'agit d'une opportunité pour les EHPAD de s'inscrire dans une réelle logique de parcours.

Présentation de l'étude télémédecine en EHPAD

Jean-Philippe NANTEUIL, Sanita consulting

Sanita consulting a été mandaté par Génération Mutualistes et la Fondation de l'Avenir pour réaliser une étude sur la télémédecine. Nous avons réalisé des entretiens téléphoniques et physiques dans 6 régions ayant 8 projets.

La Mutualité Française Côtes d'Armor SSAM a pour projet de réaliser de la téléconsultation et de la téléexpertise autour de trois spécialités - gériatrie, dermatologie et plaies -, avec deux autres spécialités en cible - cardiologie et psychiatrie.

La Mutualité Française Anjou Mayenne a pour projet de réaliser de la téléconsultation autour de cinq spécialités : psychiatrie, cardiologie, plaies, médecine interne et vasculaire.

La Mutualité Française Loire-Atlantique a pour projet de réaliser de la téléconsultation, de la téléexpertise et de la télésurveillance autour de quatre spécialités : gériatrie, plaies,

chronique et cardiologie. Ce projet s'articule autour d'une cabine de télémédecine, ce qui n'est pas le cas des autres projets.

La Mutualité Française Loire SSAM a pour projet de réaliser de la téléconsultation et de la téléexpertise autour de quatre spécialités : psychiatrie, douleur, gériatrie et ophtalmologie. Elle a également pour projet de tester une cabine de télémédecine installée dans le cadre d'une pharmacie mutualiste.

La Mutualité Française Puy de Dôme SSAM a pour projet de réaliser de la téléconsultation autour de la gériatrie. Cette région a produit un programme de formation à la télémédecine.

La Mutualité Française Isère SSAM a pour projet de réaliser de la téléconsultation, de la téléexpertise, du téléstaff et de la téléformation autour de quatre spécialités : gériatrie, psychogériatrie, dermatologie et cardiologie.

En synthèse, tous ces projets ont des points communs :

- la volonté nationale de la Mutualité ;
- la participation d'un sponsor au niveau de la direction régionale de la Mutualité ;
- l'existence d'un projet médical, parfois partagé avec le centre requis ;
- des équipes projets ayant du temps dédié, donc financé (un chef de projet et un porteur médical) ;
- la présence d'un palier technique à franchir, principalement sur la partie réseau ;
- un faible volume d'usage conforme à la moyenne nationale, mais en augmentation ;
- la difficulté à impliquer les médecins traitants ;
- la prise de conscience de la nécessité d'évaluer.

Des améliorations sont évidemment possibles. Elles concernent notamment le partage du projet médical, la mise en place d'un comité médical pérenne, la définition d'une trajectoire de mise en œuvre et de prise en main qui soit plus graduelle, la mise à disposition d'une offre négociée et compétitive pour les achats de matériel ou encore la définition d'un cadre référentiel national pour mener une démarche d'évaluation commune. Il est également nécessaire de renforcer la gestion de projet et d'anticiper la fin des subventions régionales.

Table ronde

- **Docteur Pierre Espinoza**, médecin coordonnateur de TELEHPAD, Mutualité Française Côtes d'Armor ;
- **Frédéric Raynaud**, directeur général de la Mutualité Française Puy-de-Dôme SSAM ;
- **Docteur Séverine Fachler**, gériatre-directrice médicale, Mutualité Française Isère SSAM ;
- **Patricia Cortey**, cadre de santé, Mutualité Française de la Loire SSAM.

Les débats sont animés par Antoine Spire, journaliste.

Antoine SPIRE

La télémédecine permet de ne pas faire se déplacer un malade âgé. Elle permet également de réduire les inégalités d'accès aux soins spécialisés. Comment se développent les projets ? A quels problèmes êtes-vous confrontés ? L'accès aux soins en milieu rural des personnes âgées peu mobiles et éloignées des hôpitaux n'est-il pas l'enjeu des prochaines années ? Pourquoi la télémédecine ne se généralise-t-elle pas autant qu'elle le pourrait ?

Docteur ESPINOZA

La télémédecine répond aux besoins de communication qui ont été évoqués tout au long de la journée. Elle permet aux gens de se connaître et de se parler. La télémédecine ne déshumanise donc pas, au contraire ; elle humanise. Elle donne du sens. Il s'agit d'une véritable réalité humaine. Nos patients ne sont pas du tout gênés par ce système. Ils voient déjà des écrans partout. Les outils existent. La télémédecine leur permet d'éviter de passer du temps dans une ambulance ou dans une salle d'attente.

Bien évidemment, ce n'est pas simple. Par exemple, dans les Côtes d'Armor, il nous a fallu un an pour qualifier la plate-forme régionale Sterenn. Il est important que nous ayons des plates-formes régionales qui soient opérationnelles et fonctionnelles. Nous venons de franchir ce cap.

Enfin, la visioconférence permet le transfert de compétences de celui qui sait vers celui qui ne sait pas.

Antoine SPIRE

Dans quel cadre s'opèrent les relations entre le médecin d'hôpital et le médecin - ou l'infirmière - de l'EHPAD ?

Frédéric RAYNAUD

Tout dépend de la maturation des CHU, des ARS et des GCS de région. Par exemple, dans le Puy de Dôme, nous sommes en conventionnement avec le CHU, qui est lui-même en conventionnement avec l'ARS. Nous avons noué de vrais liens dans l'écriture des protocoles. Le CHU était très volontaire. Le monde médico-social et le monde sanitaire ont œuvré en pleine concertation et collaboration.

Antoine SPIRE

N'y a-t-il pas, inconsciemment, une hiérarchie qui s'organise entre le médecin de l'hôpital et le médecin de l'EHPAD ?

Docteur FACHLER

Tout dépend des liens avec l'équipe experte. Pour notre part, nous avons fait le choix de travailler avec une équipe pionnière en télémédecine. Nous avons débuté par la gériatrie, tous les gériatres ayant des sous-spécialités. Nous avons développé un logiciel spécifique

au sujet âgé. Nous avons passé un conventionnement avec le CHU et un autre avec la plateforme SISRA.

Nous dépassons tous les problèmes techniques. Nous avons fait le choix de former des assistantes en télémedecine, qui sont des infirmières. Elles sont avec le résident dans son lieu de vie et aident le médecin expert au moment de la consultation.

Antoine SPIRE

Ne pensez-vous pas qu'un problème se pose du point de vue de la pratique de la clinique ? L'acte clinique a incontestablement reculé. Avec la télémedecine, la clinique se transforme. Le malade est touché par personne interposée. Cela ne vous gêne pas ?

Docteur FACHLER

Ce n'est pas un recul de la clinique. L'acte de téléconsultation peut être complémentaire d'une hospitalisation de jour pour poursuivre le bilan. Il peut également prévenir une hospitalisation aux urgences.

S'agissant de l'examen clinique pur, nous avons des aides techniques. Il est certain qu'il s'agit d'une autre manière de travailler. Le rapport singulier du patient et du médecin n'en souffre pas, pour peu que le problème de la confidentialité ait été réglé. Il est hors de question qu'il y ait d'autres personnes durant la consultation, si ce n'est l'assistant de télémedecine.

Docteur ESPINOZA

La confiance est un point-clé. Elle se crée et s'entretient. Elle concerne aussi bien le médecin que l'assistant de télémedecine. Le spécialiste a son mode de pensée. S'il estime qu'il ne peut pas donner un avis, alors nous transportons le patient, en ayant déjà une notion de l'urgence de la situation. Le spécialiste peut même s'organiser de la meilleure manière pour que le patient arrive à l'hôpital dans de bonnes conditions.

Docteur FACHLER

Le sanitaire a beaucoup à apporter au médico-social, mais l'inverse est tout aussi vrai. Au-delà de la téléconsultation, la télémedecine permet des échanges et du travail pluridisciplinaire.

Antoine SPIRE

Certains médecins d'EHPAD m'ont expliqué que le spécialiste qui était en rapport avec eux les traitait toujours par le mépris. Qu'en pensez-vous ?

Patricia CORTEY

Ces situations existent certainement. Pour notre part, nous avons signé des conventions avec des médecins volontaires. La question de confiance a donc été travaillée en amont, lorsque nous avons défini notre projet. Peut-être rencontrerons-nous plus tard des médecins plus réticents, qui nous prendront de haut. Pour le moment, ce n'est pas le cas.

Frédéric RAYNAUD

Le rôle du médecin coordonnateur dans l'établissement est primordial pour établir la confiance avec les spécialistes, mais également avec les médecins traitants, à leur niveau. Si ces derniers ne sont pas impliqués, ils peuvent influencer sur la famille.

Docteur ESPINOZA

Les situations sont extrêmement diverses. Aucun EHPAD ne ressemble à un autre. Les problèmes sont différents. Il existe des médecins caractériels et invivables, comme il existe des infirmières caractérielles. Nous sommes obligés d'en tenir compte.

Antoine SPIRE

La télémédecine ne caractérise donc selon vous ni la fin de la clinique, ni la déshumanisation de la médecine. C'est pourtant ce que pensent certains médecins que j'ai rencontrés.

Frédéric RAYNAUD

Ces médecins n'ont probablement jamais vécu un acte de télémédecine. L'acte clinique est tout de même réalisé par un médecin - de coordination ou traitant. De même, il n'existe pas de déshumanisation. Je connais même des résidents qui se rendent chez le coiffeur avant l'acte de télémédecine.

Docteur ESPINOZA

Les hospitaliers sont loin d'être tous favorables à la télémédecine. D'ailleurs, la plupart d'entre eux n'en a pas fait. Je suis convaincu qu'il existe des freins de la part des hospitaliers. Il n'est jamais facile de changer d'organisation. Le projet que nous avons construit en Bretagne part du besoin. Ce n'est pas un projet hospitalo-centré.

Docteur FACHLER

Est-ce plus humain d'envoyer dans une ambulance pour une consultation une personne âgée vulnérable qui a des troubles cognitifs ? Je ne le crois pas.

Patricia CORTEY

Nous avons prévu, dans notre protocole de prise en charge, que les médecins les plus réticents peuvent réaliser une première consultation physique dans l'EHPAD. C'est ensuite qu'intervient la télémédecine. Ainsi, les patients connaissent le médecin.

Docteur FACHLER

Nous avons pour postulat de base que le médecin traitant doit être d'accord avec le projet. Il est donc partie prenante.

Docteur ESPINOZA

Le fait de pouvoir réaliser de la télémédecine à partir d'un hébergement temporaire facilite la vie du généraliste. Cela pose simplement question du point de vue du financement de l'hébergement temporaire. Il faudra réaliser des études médico-économiques pour démontrer que la télémédecine est bénéfique pour les patients comme pour le système de santé. Nous devons penser la télémédecine de manière intégrée aux organisations.

Antoine SPIRE

Toute étude d'évaluation d'un système doit être réalisée sans *a priori*. Il faut donc également entendre les personnes qui considèrent que la télémédecine crée des problèmes.

Frédéric RAYNAUD

La télémédecine ne concerne pas que le milieu rural. Elle s'applique également aux publics urbains fragiles. Elle sera donc amenée à se déplacer assez rapidement dans les quartiers prioritaires des villes.

La problématique du financement est réelle. Différentes spécialités du CHU ont avancé cet argument pour ne pas participer aux projets. Il serait souhaitable que la télémédecine soit reconnue comme un acte de Sécurité Sociale. Sinon, elle ne pourra pas se développer correctement. La télémédecine permet de réaliser des économies sur le silo sanitaire, mais la bascule vers le médico-social ne s'opère pas.

Antoine SPIRE

Comment faire pour rendre les financements pérennes au travers de la Sécurité Sociale ? Pensez-vous pouvoir lever l'obstacle du point de vue de l'institution publique en disant simplement que « la télémédecine, c'est bien » ?

Docteur ESPINOZA

Aucune étude médico-économique réalisée au niveau mondial ces dix dernières années n'a montré d'efficacité de la télémédecine. Pour chaque projet de télémédecine, c'est le Ministère qui impose la réalisation d'une évaluation médico-économique. Ça n'est pas un plaisir que nous nous faisons.

Les EHPAD ne réaliseront pas d'économies grâce à la télémédecine. Leurs budgets sont contraints et les enveloppes ne sont pas fongibles entre les financements hospitaliers et le financement des EHPAD. Comment voulez-vous que nous apportions une preuve alors que nous n'avons pas les clés ? L'efficacité médico-économique n'existera que lorsque 30 à 40 EHPAD d'un territoire seront connectés.

Nous avons reçu des financements pour mettre en œuvre des projets de télémédecine dans plusieurs régions, mais pas suffisamment pour évaluer la satisfaction des usagers. Si la télémédecine présente des inconvénients, je ne suis évidemment pas hostile à ce qu'ils soient listés. Pour notre part, nous avons fait extrêmement attention à tous les aspects éthiques.

Frédéric RAYNAUD

L'efficacité économique existe également dans les établissements lorsque les équipes soignantes passent plusieurs heures pour stabiliser une personne désorientée qui arrive des urgences hospitalières. Les établissements médico-sociaux doivent réfléchir à la manière de valoriser l'efficacité, dans un contexte de budgets extrêmement contraints. J'ai décidé de recourir à la télémédecine lorsque j'ai appris qu'une personne était arrivée aux urgences en robe de chambre et sans papiers. Il a fallu un temps fou pour stabiliser cette personne.

Docteur FACHLER

Il est beaucoup question de la cotation de l'acte de télémédecine. Il ne faut pas oublier ce qu'il se passe dans les EHPAD. L'équipement d'une salle coûte de l'argent. Il faut également avoir du temps de médecin coordonnateur, tandis que l'assistant de télémédecine doit être financé.

Le nombre de passages aux urgences évités, le nombre d'hospitalisations ou la durée des hospitalisations peuvent constituer des indicateurs permanents. Si toute la chaîne communique, les hospitalisations pourront être de courte durée. Nous avons tous prévu de réaliser une étude médico-économique au terme du projet.

Antoine SPIRE

Pensez-vous que les autorités administratives, en s'appuyant sur ces études médico-économiques, estimeront que la télémédecine est économiquement satisfaisante ?

Docteur FACHLER

Il nous importera de les convaincre.

Antoine SPIRE

Connaissez-vous des patients qui n'ont pas été convaincus par la télémédecine ?

Patricia CORTEY

Oui, mais ces patients sont l'exception. Ainsi, je connais une patiente qui refuse absolument une consultation de télémédecine. Elle souhaite rencontrer physiquement son médecin. Cette personne va donc en consultation traditionnelle. Nous ne forçons pas les patients à faire de la télémédecine. Cela n'aurait aucun sens.

Docteur FACHLER

Il existe également des patients qui refusent d'aller en consultation, que ce soit en télémédecine ou autre. Nous essayons de les convaincre, mais s'ils ne veulent pas, ils n'y vont pas.

Frédéric RAYNAUD

Nous sommes en télémédecine depuis deux ans. Nous réalisons environ quatre consultations par semaine. A ma connaissance, personne n'a refusé cette pratique. Les populations plus autonomes sont peut-être les plus susceptibles de refuser cette typologie de médecine.

Docteur ESPINOZA

Bien sûr qu'il existe des patients qui ne souhaitent pas de consultation en télémédecine. Dans ce cas, nous les transportons. Toutefois, la télémédecine apporte un tel confort par rapport à l'attente dans un couloir que les patients adhèrent facilement, surtout que la télémédecine raccourcit considérablement les délais de consultation. Je n'en fais pas la publicité autre-mesure. Simplement, la télémédecine constitue un formidable outil de décroisement du médico-social. C'est également l'opinion des familles. L'avis général est donc favorable, mais nous avons pris beaucoup de précautions.

Antoine SPIRE

Ne faudrait-il pas mettre en place des mécanismes de régulation de la télémédecine en cas de généralisation de cette pratique ? Sans cela, un interne et un médecin d'EHPAD ne pourraient-ils pas communiquer de manière anarchique ?

Frédéric RAYNAUD

C'est déjà ce qui se pratique dans les hôpitaux. La télémédecine étant une pratique nouvelle, elle repose sur des bases saines en téléconsultation et en téléexpertise.

Antoine SPIRE

Finalement, il reste de nombreuses étapes à franchir avant la généralisation de la télémédecine, entre la réalisation d'une analyse économique au niveau national, le recensement des conditions dans lesquelles les patients accueillent cette pratique et la nécessaire régulation des pratiques entre les EHPAD et les hôpitaux pour éviter les consultations anarchiques et l'envoi d'images.

Docteur FACHLER

Nous avons tous veillé à définir des procédures et des process très rigoureux. Nous avons des procédures pour le consentement éclairé. Aucune image ne sort. Les flux et les plates-formes sont sécurisés.

Patricia CORTEY

C'est également notre cas. Tout est beaucoup plus sécurisé qu'auparavant.

Frédéric RAYNAUD

Le recueil du consentement de l'individu ou de la personne de confiance est un acte très important.

Docteur ESPINOZA

Il est extrêmement important que le système de télémédecine soit facile à utiliser. Un autre point tient à l'intégration de la télémédecine dans les organisations, afin notamment que nous puissions correspondre avec les hôpitaux qui nous envoient un patient en post-opératoire. Le lien avec les médecins traitants est aussi important. La télémédecine doit être intégrée dans de nouvelles organisations. Il faut intégrer les généralistes dans les projets de télémédecine. Enfin, le déploiement territoire doit être raisonnable, raisonné, maîtrisé et évalué. Nous avons besoin de temps pour démontrer tous les avantages de la télémédecine, au bénéfice de tous les patients, en zone rurale comme en zone péri-urbaine.



Echanges avec la salle

De la salle

Quelle plus-value apporte la consultation de télémedecine aux équipes qui travaillent en EHPAD ? Leur stress s'en trouve-t-il diminué ?

Frédéric RAYNAUD

Il est extrêmement important que la télémedecine soit un projet d'établissement, et pas seulement un projet médical. Les équipes de l'établissement s'entretiennent systématiquement avec les référents télémedecine. Cela devient une routine.

Patricia CORTEY

La télémedecine fait diminuer le stress des équipes car celles-ci savent qu'elles peuvent obtenir l'avis d'un expert assez rapidement. Ces échanges en direct avec un expert concourent d'ailleurs à valoriser le travail des équipes, dont la télémedecine fait progresser les compétences grâce aux formations dispensées, par exemple sur les prises en charges délicates. Les bénéfices de la télémedecine apparaissent très rapidement.

De la salle

Combien de consultations, toutes spécialités confondues, pourraient être traitées chaque mois en télémedecine ?

Frédéric RAYNAUD

Depuis un an et demi, nous réalisons environ 3 téléconsultations par semaine pour 80 résidents.

Docteur FACHLER

Nous avons nettement moins de recul puisque nous n'en sommes qu'à 5 téléconsultations. Nous pensons pouvoir réaliser une dizaine de téléconsultations par mois, surtout en gériatrie, pour un établissement de 80 résidents.

Docteur ESPINOZA

Pour notre part, nous réaliserons moins de 10 actes par mois, pour un EHPAD de 60 lits. Le nombre d'actes ne sera jamais considérable en EHPAD, d'où l'intérêt de connecter un grand nombre d'établissements aux hôpitaux pour valoriser la télémedecine.

Patricia CORTEY

Nous en sommes à environ 10 consultations, sur trois spécialités, pour un établissement de 80 lits.

De la salle

Existe-t-il un besoin de téléconsultation d'urgence dans les EHPAD ?

Docteur FACHLER

C'est le cas dans l'absolu, mais cela nécessite de l'organisation. Dans nos établissements, l'anticipation est vraiment le maître-mot. Il a beaucoup été question de la téléconsultation, moins de la téléexpertise - alors que nous avons pour projet de développer une unité de concertation - ou de la téléformation - alors que nous pourrions très bien utiliser ce dispositif pour former les équipes soignantes des services de médecine et de chirurgie à ce qu'est un EHPAD.

Clôture

Étienne CANIARD

Président de la Mutualité Française

Cette journée a été passionnante. Elle nous a permis d'explorer des sujets très différents mais similaires quant aux questions qu'ils posent. Ils nous interrogent sur la manière de faire profiter chacun du progrès et sur les conséquences de ce progrès sur les organisations. Je crois que nous devons autant investir dans l'innovation organisationnelle que dans la recherche médicale... pour profiter pleinement des retombées de cette dernière.

Nous devons réfléchir à ce que sera la médecine de demain. Le progrès nous oblige à adopter une autre organisation. Et tant mieux. Le mode d'exercice est encore trop individuel et trop isolé. Nous en discutons depuis des décennies. Au-delà du progrès médical proprement dit, le progrès technologique en général, l'irruption du numérique est un levier très puissant pour transformer les organisations. Plutôt que de nous interroger sur l'intégration de la télémédecine aux organisations, je pense que nous devons nous interroger sur l'utilisation de la télémédecine pour changer les organisations.

Toutes les personnes qui ont testé la télémédecine ont pu constater les progrès considérables qu'elle apporte du point de vue des coopérations professionnelles, de la formation médicale, du partage des cultures ou du partage des informations. Sur ce dernier point, l'enjeu est autant le partage des données que leur protection. Aujourd'hui, l'absence de coordination entre les professionnels représente un obstacle considérable.

L'innovation organisationnelle doit accompagner l'innovation technologique et médicale... pour en bénéficier pleinement.

Merci à tous pour cette journée.

Document rédigé par la société Ubiquis.

9^e Congrès Fondation de l'**Avenir**