



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

8 décembre 2015

Thématique n°3 : télémédecine en EHPAD

9^e Congrès Fondation de l'Avenir

Mardi 8 décembre 2015

Sommaire

TELEMEDECINE EN EHPAD, RETOUR D'EXPERIENCES ET PERSPECTIVES

Présentation de l'étude télémédecine en EHPAD 2

Table ronde 4

Echanges avec la salle 10

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 télé-médecine 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 télé-médecine.

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 télé-médecine. Elle souhaite rencontrer physiquement son médecin. Cette personne va donc en consultation traditionnelle. Nous ne forçons pas les patients à faire de la télé-médecine. Cela n'aurait aucun sens.

Docteur FACHLER

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

Frédéric RAYNAUD

Nous sommes en télé-médecine 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 télé-médecine. Dans ce cas, nous les transportons. Toutefois, la télé-médecine apporte un tel confort par rapport à l'attente dans un couloir que les patients adhèrent facilement, surtout que la télé-médecine raccourcit considérablement les délais de consultation. Je n'en fais pas la publicité autre-mesure. Simplement, la télé-médecine constitue un formidable outil de décloisonnement 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 télé-médecine 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 télé-médecine 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 télé-médecine, 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 télé-médecine aux équipes qui travaillent en EHPAD ? Leur stress s'en trouve-t-il diminué ?

Frédéric RAYNAUD

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

Patricia CORTEY

La télé-médecine 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 télé-médecine fait progresser les compétences grâce aux formations dispensées, par exemple sur les prises en charges délicates. Les bénéfices de la télé-médecine apparaissent très rapidement.

De la salle

Combien de consultations, toutes spécialités confondues, pourraient être traitées chaque mois en télé-médecine ?

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 télé-médecine.

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.

Document rédigé par la société Ubiquis.

9^e Congrès Fondation de l'**Avenir**