

Télémédecine en EHPAD

Les clés pour se lancer

Nathalie SALLES

2017

Sommaire

Introduction	19
Deux expériences de télémedecine en EHPAD	27
Résidence Le Parc, Nancy, Meurthe-et-Moselle	31
Résidence La Porte d'Aquitaine, La Roche-Chalais, Dordogne	45
Pourquoi développer la télémedecine en EHPAD ?	63
Ce qu'est la télémedecine	67
La prise en charge en EHPAD et ses difficultés	69
Des résidents de plus en plus dépendants et malades	69
Des hospitalisations préoccupantes	70
L'intérêt d'une intervention spécialisée en gériatrie	73
Intérêts de la télémedecine en EHPAD	75
Bénéfices pour les patients	75
Bénéfices pour les familles des résidents	77
Bénéfices pour les soignants des EHPAD	77
Bénéfices pour les médecins traitants des résidents	78
Bénéfices pour les établissements de personnes âgées	79
Bénéfices pour les spécialistes requis	80
Bénéfices pour le système de soins	83
Réussir un projet de télémedecine en EHPAD	87
Les éléments à connaître	91
Les acteurs d'un projet de télémedecine	91
Cadre réglementaire et financement.	97
Principaux freins aux projets de télémedecine en EHPAD	102
Les étapes du projet	105
Analyser les besoins	105
Construire un projet médical partagé	107
Définir une organisation de télémedecine	111
Définir les indicateurs d'évaluation	113

Procéder aux choix techniques	114
Accompagner et former les équipes	116
Communiquer sur le projet	117
Les facteurs de succès	118
L'organisation des activités de télémédecine en pratique	121
Décision et consentement	122
Demande de rendez-vous et transmission d'informations cliniques	122
Planification du rendez-vous	123
Préparation de l'acte	123
Déroulement de l'acte	124
Spécificités de l'acte de télé-expertise en EHPAD	127
Organisation du suivi	128
Demain, quelles perspectives ?	131
Évaluer l'impact de la télémédecine sur le parcours de soins	135
Développer les formations à la télémédecine	137
Faire évoluer les métiers et structurer les organisations	139
Utiliser la télémédecine pour la formation et l'éducation thérapeutique	141
L'EHPAD un lieu d'accès demain à la télémédecine ?	143
Des outils de télémédecine demain plus accessibles ?	145
Conclusion	147
Pour aller plus loin	153
Sites	155
Guides et référentiels	155
Formations	156
Ouvrages	157
Revue	157
Annexes	159
Liste des sigles	167

Soyez prêt à demain.
Pierre Corneille

Introduction

▼ L'histoire de Madame D.

Madame D. a 86 ans. Elle vit depuis un an et demi à la Résidence des Tilleuls en raison d'une dépendance qui ne lui permet plus de vivre seule chez elle : elle souffre d'une maladie d'Alzheimer et suite à un accident vasculaire cérébral, elle ne peut ni se déplacer ni se nourrir seule. Depuis quelques semaines, elle présente des troubles de la déglutition qui rendent les repas et la prise de ses médicaments de plus en plus difficiles. Elle est aujourd'hui dénutrie et mange très peu, moins de la moitié de ses repas. Sa fille est inquiète, depuis un mois une escarre se creuse au niveau de son sacrum.

L'équipe soignante de la maison de retraite ainsi que son médecin traitant, le Docteur M., se sentent démunis devant cette situation. Plusieurs points les préoccupent :

- l'état général de Madame D. s'aggrave, elle souffre malgré un traitement antalgique bien conduit, elle devient agressive lors des soins, et les apports alimentaires sont insuffisants en raison d'une diarrhée et de troubles de la déglutition ;
- la durée de soins de l'escarre n'est pas adaptée aux possibilités de l'établissement, les pansements doivent être changés de façon quotidienne voire plus souvent ;
- La résidente est désorientée et très algique, elle ne peut supporter sans dommage un transport à l'hôpital qui se trouve à une heure et demie de route ;
- la communication avec la famille est altérée, car celle-ci ne comprend pas pourquoi un transfert aux urgences n'est pas décidé.

Face à cette situation, le Docteur M. décide avec le médecin coordonnateur d'utiliser la télé médecine et d'organiser une téléconsultation avec le centre expert de l'hôpital. Compte tenu de l'état cognitif de Madame D., l'équipe soignante de la résidence informe sa fille, qui est son représentant légal, sur les modalités de prise en charge par télé médecine et sur la nature des données de santé échangées pour obtenir son consentement. Celle-ci accepte à condition de pouvoir bénéficier d'un temps d'entretien avec les spécialistes de l'hôpital sur la prise en charge de sa mère qu'elle juge inadaptée en maison de retraite. Un rendez-vous de téléconsultation est organisé trois jours après.

Lors de la téléconsultation, Madame D. est très algique. L'infirmière signale que les positionnements au lit sont devenus impossibles en raison de l'état douloureux, ceci malgré un traitement contre la douleur augmenté quinze jours auparavant. La caméra du chariot de télé médecine, pilotée à distance par le gériatre du centre expert, permet d'évaluer l'escarre et de mesurer sa surface. La plaie est très inflammatoire et totalement recouverte

de tissus nécrotiques. L'infirmière de la résidence raconte que les écoulements de la plaie sont très abondants, et que, depuis quelques jours, la patiente pose aussi le problème de diarrhées importantes, nécessitant de changer le pansement plusieurs fois par jour.

Pour répondre le mieux possible à la problématique de la résidente, le gériatre décide d'aborder trois points au cours de la téléconsultation : l'aspect éthique, le soin de l'escarre et la prise en charge globale.

– Aide à la décision éthique

Dans un premier temps, la question éthique est discutée avec les soignants de la résidence et la fille de Madame D. en dehors de la chambre. Le gériatre explique de manière simple l'état clinique de la résidente, le caractère sévère de ses maladies chroniques, sa dépendance et l'étendue de son escarre. Il évoque le pronostic péjoratif. Il aborde ensuite les différentes options thérapeutiques. Dans la chambre, il interroge ensuite la patiente sur ses souhaits. La discussion permet d'aboutir à un consensus pour une prise en charge palliative. Le gériatre explique à la famille le caractère non pertinent de la surmédicalisation dans cette situation.

– Propositions thérapeutiques pour soigner l'escarre

Le gériatre échange avec les soignants de la résidence sur le risque de complication infectieuse de la plaie liée aux tissus nécrotiques. L'objectif du soin est d'éviter cette complication, qui nécessiterait une hospitalisation. Aussi, pour permettre un nettoyage de la nécrose sans augmenter les douleurs de la patiente, il est décidé de manière consensuelle de nettoyer la plaie sous anesthésie locale. Le soin de la plaie est réalisé par l'infirmière au cours de la téléconsultation sous les yeux du gériatre qui l'assiste, en commentant ce qu'il voit, en la guidant dans ses gestes et en répondant à ses questions. Un protocole de pansement est ensuite discuté et adapté aux possibilités de l'établissement.

– Prise en charge globale

Le gériatre explique comment améliorer le traitement de la douleur de cette patiente opposée aux soins et posant le problème de troubles de la déglutition. Les recommandations de bonnes pratiques sont discutées et les propositions thérapeutiques acceptées par l'équipe de la maison de retraite. Les échanges avec le Docteur M. permettent également d'optimiser les prescriptions de la résidente. Enfin, les soins de confort devant être privilégiés, il est proposé de mettre en place une alimentation « plaisir » avec des desserts et d'autres aliments sucrés très appréciés par la résidente.

Grâce aux décisions prises à la suite de la téléconsultation, Madame D. a fini sa vie à la Résidence des Tilleuls, dans son lieu de vie, entourée de sa famille. Les soignants, de leur côté, ont apprécié ce temps qui leur a permis d'exposer leurs difficultés, de discuter des choix thérapeutiques

et de prendre des décisions dans le respect des souhaits de la résidente. Ils se sentent plus armés pour affronter d'autres situations. Enfin, la fille de Madame D. a été rassurée sur la prise en charge réalisée. Ses craintes ont été entendues et elle a compris pourquoi il était inutile d'hospitaliser sa mère.

▼ Objectifs et contenu de l'ouvrage

Cette histoire est un exemple parmi d'autres de ce que permet la télé-médecine en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Elle montre qu'une téléconsultation pour une situation complexe peut dénouer une problématique qui paraît insoluble. Elle illustre également le fait que la coopération à distance entre les soignants de l'hôpital et de l'EHPAD permet une prise en charge humaine et de qualité.

Pour autant, la télé-médecine n'est pas encore une pratique courante pour traiter et suivre les résidents vivant en EHPAD. Il s'agit d'une solution nouvelle qui bouleverse les organisations et nécessite de nombreuses adaptations de la part des différents acteurs. Il peut s'avérer risqué de se lancer dans l'aventure sans connaître les clés de la réussite. Aussi, nombreuses sont les équipes à la recherche d'informations et d'aides pour la mise en place de projets dans leur établissement. C'est la raison d'être de ce livre. Notre objectif est de répondre aux besoins de ces acteurs et d'expliquer dans ces pages, à travers des retours d'expériences de terrain et des apports de connaissances, l'intérêt et les difficultés de la télé-médecine en EHPAD ainsi que la marche à suivre pour construire un projet.

Ce livre s'adresse à toutes les personnes intéressées par la télé-médecine en EHPAD et à toutes les parties prenantes de projets, en particulier, les équipes soignantes des EHPAD, les équipes hospitalières, les médecins généralistes et spécialistes, les patients et leurs familles, les partenaires techniques ainsi que les directeurs d'établissements et les tutelles.

Le lecteur découvrira en première partie de cet ouvrage le récit de deux expériences de mise en œuvre de la télé-médecine en EHPAD, l'une en milieu urbain, à quelques pas d'un grand centre hospitalier universitaire, la seconde en milieu rural, dans un territoire en pénurie de professionnels de santé. La deuxième partie revient sur la définition de la télé-médecine, explique les raisons pour lesquelles il est utile de développer sa pratique en EHPAD et détaille les bénéfices pour les différents acteurs, en particulier les résidents, les soignants, les médecins généralistes et les spécialistes de recours. En début de troisième partie, le lecteur trouvera ce qu'il faut savoir pour passer à l'action, acteurs d'un projet, cadre réglementaire et freins d'un projet. Les étapes d'un projet de télé-médecine sont ensuite développées ainsi que les facteurs de succès mis au jour par les expérimentations menées en France depuis quelques années. La fin de la troisième partie aidera

le lecteur à comprendre comment s'organisent en pratique les activités de la télémédecine dans un EHPAD. Enfin, avant de conclure, nous dressons les perspectives de ces nouvelles pratiques en plein essor. En complément, le lecteur trouvera, en fin d'ouvrage, la référence de ressources pour aller plus loin ainsi que la liste des sigles utilisés.

Les différentes parties sont conçues de façon indépendante, aussi il est possible de naviguer dans l'ouvrage au gré de ses envies. Pour ceux qui veulent découvrir comment se passe la télémédecine en EHPAD ou qui souhaitent s'inspirer de l'expérience d'autres équipes, nous conseillons de commencer par la première partie. Ceux qui connaissent déjà le sujet pourront préférer consulter directement les chapitres qui les intéressent à partir du sommaire et revenir plus tard sur les récits en EHPAD.

Bonne lecture !

Deux expériences de télémedecine en EHPAD

Ici et là, en France, des soignants en EHPAD, des médecins traitants et des spécialistes expérimentent la pratique de la télémédecine. Pourquoi et de quelle façon se sont-ils lancés dans ces projets ? Avec quels partenaires ? Ont-ils rencontré des difficultés ? Que leur apporte la télémédecine ? Sont-ils prêts à continuer ? Qu'est-ce qui leur a permis d'aboutir ? Les résidents se sont-ils facilement prêtés au jeu ? Sont-ils satisfaits ?

Deux établissements ont accepté de nous ouvrir leurs portes pour répondre à nos questions. Un établissement privé situé en ville, la Résidence du Parc à Nancy, et un établissement public en pleine campagne éloigné de l'offre de soins spécialisée, La Résidence de la personne âgée La Porte d'Aquitaine en Dordogne. Leurs équipes ont pris le temps de nous recevoir dans un emploi du temps déjà bien chargé. Nous les en remercions ici.

Le récit précis de ces expériences selon un canevas identique (histoire du projet, projet médical, aspects organisationnels, résultats et perspectives) apporte des détails concrets à même d'inspirer d'autres projets et éclairer sur ce qui conduit à la réussite. Il montre que l'initiative et les motivations pour se lancer sont variables, que le portage peut être différent (médecin coordonnateur ou directeur avec cadre de santé), et qu'il n'y a pas un seul modèle.

Nous reviendrons sur ces aspects en deuxième partie. En attendant, nous vous amenons à la découverte de ces deux expériences.

Résidence Le Parc, Nancy, Meurthe-et-Moselle

À deux pas d'un CHU, un projet de téléconsultations pour répondre aux besoins gériatriques des résidents, mené par le médecin coordonnateur.



Résidence Le Parc

Nancy est la deuxième ville de Lorraine en région Grand-Est. Préfecture du département de Meurthe-et-Moselle, elle compte environ 100 000 habitants intra-muros et fait partie d'une aire urbaine de plus de 430 000 habitants. L'offre de soins du Grand Nancy est conséquente avec un centre hospitalier régional universitaire, de nombreuses cliniques privées, un hôpital psychiatrique, des services de soins de suite et de réadaptation, plusieurs équipes mobiles (gériatrie, psychiatrie, soins palliatifs) et des services d'hospitalisation à domicile.

Caractéristiques de l'EHPAD

La Résidence du Parc est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes privé installé dans un ancien monastère. À l'origine propriété de l'Association des petites sœurs des pauvres, l'établissement appartient depuis 2010 au Groupe Imbert qui l'a rénové après son acquisition.

L'EHPAD se trouve au centre de Nancy, à proximité du centre hospitalier régional. On y accède facilement en bus. Son entrée, située sur l'avenue de Strasbourg, est au milieu d'une façade classée à l'inventaire des monuments historiques. Passé la grande porte, le visiteur pénètre dans une cour spacieuse dont les trois côtés abritent les locaux de l'établissement : au rez-de-chaussée, les pièces à vivre (salle de restaurant, salon avec télévision, piano et bibliothèque, salle d'animation), la cuisine, la grande chapelle où la messe est dite chaque jour par un aumônier résident, l'accueil, l'administration, l'infirmerie, le bureau médical, un salon de coiffure et d'esthétique, une salle de pédicurie ainsi qu'une salle de kinésithérapie ; au premier et second étage, 63 chambres, la plupart individuelles, et des petites salles à manger ; enfin, au premier étage, une terrasse couverte donnant sur la cour et courant sur les trois côtés du bâtiment. Derrière cet édifice, se trouve le grand parc à l'origine du nom de l'établissement. La résidence compte 67 lits dont 2 lits temporaires.

En 2014, lorsque le projet est initié, le personnel comprend 41 agents¹, soit 37,6 équivalents temps plein (ETP). Parmi eux, 1 médecin-coordonnateur 4 demi-journées par semaine, 1 infirmière coordonnatrice à temps plein, 3 infirmières (3 ETP), 1 psychologue (0,3 ETP), 1 ergothérapeute (0,5 ETP), 15 aides-soignants (14 ETP) et 12 agents de services hospitaliers (10,6 ETP). En semaine, deux infirmières assurent les soins de 7 heures à 20 heures en se relayant, avec un temps commun de 13 heures à 14 heures. Le week-end, une infirmière est présente le matin et l'après-midi. La nuit, une aide-soignante est le seul personnel soignant présent dans l'établissement. Les ratios personnel/lit sont les suivants : ratio infirmières/lit à 0,045,

1. Chiffres au 1^{er} janvier 2014.

ratio aides-soignantes/lit à 0,209 et ratio agents de services hospitaliers/lit à 0,173.

Les personnes âgées accueillies dans l'EHPAD présentent un GIR² moyen pondéré (GMP³) de 676. Et la charge en soins mesurée par le PATHOS moyen pondéré (PMP⁴) s'élève à 175. Ces indicateurs sont inférieurs à la moyenne des EHPAD français si l'on prend pour comparaison les chiffres 2013 de la CNSA⁵ : 693 pour le GMP et 198 pour le PMP.

Histoire du projet

▼ Initiative

Arnaud Morettini est médecin coordonnateur de la Résidence du Parc depuis novembre 2012, c'est son premier poste dans cette fonction. Il est présent dans l'établissement trois matinées et un après-midi par semaine. En novembre 2013, il est sollicité par Télésanté Lorraine pour intégrer un projet de téléconsultations en EHPAD initié par l'agence régionale de santé (ARS). Ce projet s'inscrit dans le programme Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) qui se déroule sur le territoire du Grand Nancy et dont l'objectif est de proposer un parcours de santé adapté aux besoins de la personne âgée, construit avec les acteurs du territoire.

Le médecin coordonnateur est intéressé par les nouvelles technologies et il ressent souvent le besoin d'avis gériatriques pendant son exercice au sein de l'établissement, car la plupart des pensionnaires sont polypathologiques et polymédiqués. Les téléconsultations lui paraissent intéressantes dans la mesure où il est confronté à la difficulté de déplacer les résidents en consultation. Une consultation spécialisée nécessite en général un déplacement d'un après-midi bien que la résidence soit au centre-ville. De plus, les résidents vivent parfois mal ces moments et en sont perturbés. En consultation externe, ils sont seuls devant le spécialiste et ne sont pas toujours en mesure de donner toutes les informations les concernant. Enfin, le délai pour obtenir une consultation peut être long. Pour toutes ces raisons, Arnaud Morettini accueille avec intérêt la proposition de Télésanté Lorraine et la soumet à sa direction. La directrice de l'EHPAD donne son feu vert et son accord pour l'engagement financier nécessaire, avec l'aval des dirigeants du Groupe Imbert.

2. Groupe iso-ressources.

3. Le GMP correspond au niveau moyen de dépendance des résidents.

4. Le PMP est un indicateur global de charge en soins pour la prise en charge des polypathologies dans une population donnée.

5. Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

▼ Déroulement

La Résidence du Parc et la Maison de retraite Saint-Joseph située à 200 mètres sur la même avenue sont les deux premiers EHPAD inclus dans l'expérimentation lorraine Téléconsultations en EHPAD. La proximité des deux établissements simplifie le montage du projet. Dans l'année qui suit, trois autres établissements rejoignent l'expérimentation.

De novembre 2013 à juin 2014, un groupe de travail composé de Télésanté Lorraine, du gériatre hospitalier devant assurer les téléconsultations, des deux médecins coordonnateurs, et occasionnellement de l'ARS, se réunit à plusieurs reprises. Les sujets traités concernent la procédure médicale, les indications, la fiche d'informations à compléter en amont de la téléconsultation, le matériel et les aspects pratiques.

Le démarrage officiel du projet a lieu le 24 juin 2014. La presse est invitée à cette occasion pour une démonstration de liaison avec le centre hospitalier régional universitaire (CHRU). Dès la semaine suivante, le 1^{er} juillet, une téléconsultation a lieu dans la Résidence du Parc.

Un nouveau directeur rejoint l'EHPAD en avril 2015. Dans la lignée de la directrice qui l'a précédé, il apporte son soutien au projet.

▼ Partenaires

De nombreux partenaires jouent un rôle important dans l'expérimentation aux côtés de la Résidence du Parc et des autres EHPAD engagés.

Le centre de gériatrie du CHRU est le partenaire médical expert du projet. Julien Azzi, médecin gériatre, est le correspondant de la résidence. C'est lui qui assure les téléconsultations et les comptes rendus qui en sont issus. Il gère également les prises de rendez-vous.

L'agence régionale de santé de Lorraine est le pilote du programme PAERPA dans lequel s'intègre le projet Téléconsultations en EHPAD.

Télésanté Lorraine est le groupement de coopération sanitaire pour l'organisation de la télémédecine et des systèmes d'information de santé en Lorraine. Il est maître d'ouvrage de la plateforme santé SOLSTIS qui abrite ODYS, le service régional de téléconsultation de haute qualité utilisé dans le projet. Il accompagne les EHPAD et le CHRU sur les aspects technologique, méthodologique et juridique.

Le projet Téléconsultation en EHPAD n'a pas de comité de pilotage à proprement parler. Il dépend de celui du PAERPA. Un groupe de travail opérationnel constitué des établissements (CHRU et EHPAD), de Télésanté Lorraine et de l'ARS assure sa mise en œuvre.

Le partenaire technique du projet est la société Covalia qui fournit le matériel aux EHPAD et contribue avec Télésanté Lorraine à la formation du personnel et à la maintenance.

Localement, les médecins traitants des résidents, au nombre de 28 pour la Résidence du Parc, sont également parties prenantes. Ils donnent leur aval pour l'organisation de téléconsultations auprès de leurs patients. Ils y assistent s'ils le désirent, et ce sont eux qui prennent les décisions thérapeutiques suite aux conseils du médecin gériatre.

▼ Dates clés

2013 – Entrée dans le projet Téléconsultations en EHPAD ; réunions préparatoires

2014 – Préparation ; formation du personnel ; premières téléconsultations

Fin 2015 – Premières téléconsultations auxquelles participent des médecins traitants

Le projet médical

▼ Objectifs

L'objectif du projet Téléconsultations en EHPAD est d'optimiser la prise en charge médicale pour répondre au mieux aux besoins gériatriques des résidents. Plus précisément, il s'agit de :

- faire bénéficier les patients d'un avis gériatrique rapide et spécialisé ;
- éviter le transport et les déplacements itératifs des résidents âgés et fragiles, souvent polyopathologiques ;
- favoriser un accès rapide aux soins pour améliorer la prise en charge thérapeutique globale ;
- réduire les délais en cas de décision d'hospitalisation.

▼ Procédure des téléconsultations

Décision

La demande de téléconsultation émane principalement de l'équipe soignante de la résidence. Une aide-soignante ou une infirmière observe une difficulté ou un problème médical. Elle le soumet à l'équipe qui valide ou non l'indication. Tout problème médical nécessitant un avis gériatrique peut donner lieu à une demande mais cinq indications correspondant à des besoins observés sont ciblées plus spécifiquement : les plaies et les escarres, les troubles comportementaux et géronto-psychiatriques, l'optimisation des ordonnances pour prévenir la iatrogénie, les pathologies cardiopulmonaires et l'aide à la prise en charge globale en soins palliatifs.

Lorsqu'un avis spécialisé est jugé nécessaire, la demande de téléconsultation gériatrique est proposée au médecin traitant. Si celui-ci est d'accord, un rendez-vous est pris directement avec Julien Azzi du CHRU en lui précisant la situation afin qu'il puisse juger du degré d'urgence. Les EHPAD de

l'expérimentation ont un accès facilité au gériatre. De façon habituelle, la téléconsultation est programmée dans la semaine ou les quinze jours qui suivent. Si nécessaire, un rendez-vous peut être pris dans les 24 heures. Lorsque le médecin traitant souhaite être présent, l'équipe de l'EHPAD organise le rendez-vous en conséquence.

L'accord du résident ou de son représentant légal est sollicité et, jusqu'à présent, toujours obtenu, il est tracé dans le dossier patient interne à l'EHPAD géré grâce au logiciel Titan.

Depuis fin 2015, quelques téléconsultations sont initiées par des médecins traitants sans proposition préalable de l'EHPAD.

Mise en œuvre

En amont de la téléconsultation, le médecin coordonnateur – ou éventuellement l'infirmière – complète une « fiche liste » directement sur le dispositif de télémedecine afin qu'elle soit accessible au gériatre en amont de la consultation. Cette fiche-liste comprend les données administratives du patient, ses antécédents, les traitements en cours et le motif de la demande. Ce travail nécessite environ un quart d'heure.



Téléconsultation à la Résidence du Parc