



Yawa AGBORAZE GBETOGLO

**La télémédecine peut-elle assurer une médicalisation adaptée au sein de
l'EHPAD et faciliter l'accès aux soins des résidents ?**

Sous la direction de Madame Mila CASAGRANDE

**Mémoire de fin d'étude de la 2^{ème} année de Master
Année 2017 – 2018, Master Management Sectoriel / Option Recherche.
Parcours « Management des Etablissements de Santé »**

Membres de jury :

-Monsieur le Professeur Hervé HUBERT, Président du jury

Professeur des Universités

-Madame Mila CASAGRANDE, 1^{er} membre de jury

Consultante – Conseil et Formation en Médico-social

-Madame Laurie PANNECOUCKE, 2^{ème} membre de jury

Directrice de la maison de retraite médicalisée « L'Ostrevent » – Fondation Partage et Vie

Mémoire soutenu le 22 septembre 2018

Avant-propos

Détentrices d'une Maîtrise Es Sciences de Gestion et d'un Master de Droit, Economie, Gestion, option Economie et Management Internationaux, spécialité commerce et management des affaires internationales, j'ai exercé notamment comme manager d'équipes et responsable d'un centre de profit en import et export.

Attirée par le domaine de la santé, tout en souhaitant rester dans le management, faire une formation en management orientée vers le secteur médical ou sanitaire restait pour moi la meilleure option. C'est ainsi qu'est né ce projet de reprise d'études et de réorientation à la Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS). La formation au Diplôme Universitaire Démarche Qualité-Gestion des risques dans les secteurs sanitaire et médico-social a été une belle opportunité pour moi de découvrir et de me familiariser avec le domaine de la santé. La formation en Master 2 Management Sectoriel « Management des Etablissements de Santé » avec une option Recherche a concrétisé mon désir de travailler dans le domaine sanitaire et médico-social.

Au cours de cette formation universitaire, j'ai appris les différents outils en Qualité, Gestion Des Risques et en Management et affiné certaines autres connaissances. J'ai pu ainsi appréhender quelques spécificités et enjeux des secteurs sanitaire et médico-social et me familiariser avec de toutes nouvelles manières d'accomplir certaines tâches ou de réaliser certaines activités. La réalisation d'un stage dans le cadre de cette formation en Master 2 m'a permis d'acquérir des compétences sur le terrain et de réfléchir à quelques projets de recherche.

Mon stage a débuté le 30 avril 2018 au Centre Hospitalier de Somain et se poursuit jusqu'au 28 septembre 2018. Au cours de ce stage, je travaille sur la fluidité des parcours du patient, sur la gestion des risques et la qualité mais aussi sur les filières Groupements Hospitaliers du Territoire (GHT). Mon souhait est que ce mémoire puisse contribuer à mieux connaître la thématique de télémédecine en EHPAD et donner des raisons à certains EHPAD de se lancer dans la mise en place de la télémédecine.

Remerciements

Je voudrais sincèrement remercier toutes les personnes qui m'ont encouragée d'une manière ou d'une autre dans ce projet professionnel.

Je remercie Madame Brigitte REMMERY, Directrice du Centre Hospitalier de Somain pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce stage dans son établissement. Je n'oublie pas tous les responsables et toutes les équipes.

Je remercie aussi Madame Claire CEUGNET, Ingénieur en Qualité et Gestion des Risques et Tutrice de stage pour l'encadrement et pour ses conseils dans l'acquisition des aptitudes professionnelles dans ce domaine.

Je remercie le Professeur Hervé HUBERT, Professeur des Universités, Tuteur pédagogique et Responsable du Master 2 Recherche pour son accompagnement et pour les enseignements donnés.

Je remercie également Monsieur Stanislas WOCH, Maître de Conférence Associé, Responsable du Master 2 Management des Etablissements de Santé pour m'avoir accordé cette opportunité de me former dans le domaine sanitaire et médico-social.

Mes sincères remerciements à Madame Mila CASAGRANDE, qui m'a permis de travailler avec elle sur la thématique de la télémédecine en EHPAD, m'a apporté son expertise du domaine médico-social et recadré mes réflexions autour du sujet.

Sincères remerciements aussi à Madame Laurie PANNECOUCKE, pour avoir accepté d'être le 2^{ème} membre du jury afin d'apporter son expertise en médico-social spécifiquement dans la pratique de la télémédecine en EHPAD.

Je n'oublie pas tous les enseignants des 2 parcours Master 2, les équipes chargées de la formation, spécialement Madame Sophie LECUONA ; les équipes de la Bibliothèque Universitaire, spécialement Madame Chantal CHABERT et tous mes collègues des 2 parcours Master 2 pour les expériences partagées.

Je voudrais également remercier Madame Sylvie CROMER AOUS, ma marraine pour son encouragement et son soutien. Madame Anne-Lise BAIDER pour son soutien. Et Monsieur Kodjo Dodji GBETOGLO pour son encouragement.

Je voudrais tout particulièrement remercier mon mari le Docteur Agbessi Toto GBETOGLO et mes enfants Elina-Yayra et Enoc-Mawuéna pour leurs précieux soutiens et leurs encouragements. Merci également à ma mère, à mon frère Komlan Sédjro et à toute la famille élargie.

Je remercie les personnes suivantes qui ont consacré du temps pour les entretiens et qui m'ont apportée des informations importantes pour ce mémoire :

- Monsieur Karl OPSOMER, Directeur de la Résidence EHPAD « Les Charmilles » à Saint-Saulve pour son accueil et nos échanges.
- Madame Julie COUSTENOBLE, Directrice de la Résidence « Noël Leduc » à Hasnon. Et Madame Justine LAIGLE, Infirmière Diplômée d'Etat, à la Résidence pour le temps d'échanges.
- Madame le Docteur Anne HUGODOT, Médecin Coordonnateur de l'EHPAD SOMANIA au CH de Somain, Gériatre en charge aussi de l'USLD pour sa disponibilité et les avis échangés.
- Monsieur le Docteur Hippolyte KOUADIO, Médecin Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Somain, Gériatre en charge des patients USLD, EHPAD et SSR gériatrique pour le temps et les échanges lors de l'entretien.
- Monsieur Christophe VENANT, Cadre en USLD et EHPAD au CH de Somain, pour les informations recueillies et le temps de partage.

Sommaire

SIGLES UTILISES

Résumé

Introduction

I. Télémédecine et EHPAD	11
A. Télémédecine.....	11
1. Définition	11
2. Contexte et réglementation	11
3. Pratique et enjeux	14
B. EHPAD.....	21
1. Philosophie des EHPAD.....	21
2. Contexte et réglementation	22
3. Enjeux	27
II. Médicalisation et télémédecine en EHPAD.....	27
A. Médicalisation en EHPAD	27
1. Médicalisation importante et nécessaire ?	27
2. Coordination et continuité des soins.....	30
B. Dispositif de télémédecine en EHPAD	32
1. Quelles pathologies pour quelles pratiques ?	32
2. Adéquation philosophie EHPAD et pratique de la télémédecine	34
C. Quelques expérimentations de télémédecine en EHPAD	37
III. Retours de professionnels.....	40
A. Entretiens de professionnels	40
1. Méthodologie des entretiens	41
2. Recueil et analyse de données	42
B. Dispositif expérimental de télémédecine	42
1. Ressources et financement	42
2. Les avantages de la télémédecine	46
3. Les limites de la pratique	49
C. Perspectives.....	51

Conclusion

Bibliographie

Table des tableaux et figures

Annexes

SIGLES UTILISES

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux.

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (a rejoint la Haute Autorité de Santé depuis le 1^{er} avril 2018)

ARS : Agence Régionale de Santé

CH : Centre Hospitalier

CISIS : Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FIR : Fonds d'Intervention Régional

GHT : Groupements Hospitaliers de Territoire

GIR : Groupe iso-ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie.

PEC : Prise En Charge

PGSSI-S : Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé

PRS : Programme Régional de Santé

PRT : Programme Régional de Télémedecine

RNR : Répertoire National des Référentiels

SSIAD : Service de Soins A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Résumé

La télémédecine peut-elle assurer une médicalisation adaptée au sein de l'EHPAD et faciliter l'accès aux soins des résidents ?

Yawa AGBORAZE GBETOGLO, Master 2 MES/RECHERCHE, ILIS, 2017-2018.

Introduction : Face à l'augmentation de l'espérance de vie, aux maladies chroniques liées à l'âge et aux nouveaux besoins en soins, la télémédecine est présentée comme un moyen pour améliorer l'accès aux soins des populations isolées, âgées et/ou handicapées. La pratique de télémédecine étant encouragée par les politiques, nous cherchons à connaître les impacts de la pratique de la télémédecine en EHPAD. Et en quoi elle peut assurer une médicalisation adaptée et faciliter l'accès aux soins des résidents. De même, quels actes de télémédecine pour quelles pathologies et de ce fait, comment éviter les hospitalisations inutiles.

Matériel et méthodes : Par analyse et synthèse de la littérature. Elaboration et validation de grilles pour des entretiens semi-directifs par thématique auprès de professionnels d'EHPAD. Le but est de comprendre le fonctionnement des EHPAD, les motivations pour la télémédecine, les actes pratiqués, les pathologies et la façon dont la médicalisation est assurée. Cette investigation nous permettra de répondre à ce questionnement.

Résultats : Les professionnels d'EHPAD s'accordent sur le fait que la médicalisation est de plus en plus présente, que la pratique de la télémédecine permet une adaptation thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse, des prescriptions anticipées et un accès aux soins spécialisés. Des hospitalisations sont évitées avec optimisation du temps médical et amélioration de pratiques professionnelles. La téléconsultation et la téléexpertise sont les actes les plus pratiqués sur des pathologies de psychogériatrie, de démence, de soins palliatifs et de plaies complexes. La télémédecine loin de briser le lien humain, le conforterait et le résident reste dans son environnement habituel. La médicalisation devient plus adaptée et s'intègre dans la philosophie de l'EHPAD.

Conclusion : La télémédecine peut assurer une médicalisation adaptée en EHPAD et faciliter l'accès aux soins spécialisés. D'où la question de savoir si un meilleur développement de la télémédecine ne désengorgerait pas les services d'urgences et ne serait pas une solution aux déserts médicaux.

Introduction

La télémédecine est aujourd'hui présentée comme une nouvelle forme d'organisation de la pratique médicale au service du parcours du patient. Elle constitue un moyen potentiel pour améliorer l'accès aux soins des populations isolées, âgées et/ou handicapées, en permettant une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients.

Les projections de population estiment qu'en 2050, la France métropolitaine compterait 22,3 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans¹. Le vieillissement de la population française conduira dans les années à venir à une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes². Ainsi, en supposant une stabilité de la durée de vie moyenne en dépendance, environ 1 200 000 personnes seront dépendantes en 2040, contre 800 000 actuellement. L'allongement de l'espérance de vie³ (Annexes I-1 et I-2) et le nombre croissant de patients atteints de maladies chroniques liées au vieillissement⁴ créent des besoins sanitaires nouveaux dans les structures médico-sociales, spécialement dans les EHPAD.

Aussi, la plupart de ces maladies (comme l'insuffisance cardiaque, le diabète ou l'insuffisance rénale) sont à l'origine d'hospitalisations évitables. De ce fait, l'enjeu pour ces établissements est d'éviter les déplacements difficiles et/ou fatigants et les hospitalisations inutiles ou évitables pour les personnes âgées. Dans ce contexte, les gestionnaires d'établissements de santé et d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) mettent en œuvre des applications ou développements de projets au bénéfice de leurs usagers. Ainsi, la télémédecine apparaît comme une solution adaptée à la situation.

En effet beaucoup d'hôpitaux rencontrent des difficultés dans la gestion du nombre de plus en plus important de patients qui arrivent aux Urgences. Ainsi, la mise en place des pratiques de télémédecine en EHPAD aurait pour objectifs de réduire les déplacements en consultation et de prévenir les hospitalisations. Cela permettrait de désengorger les services d'urgence et les hôpitaux de ces malades.

¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>

² <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045>

³ Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/series/103088458>

⁴ * Sources : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2017' *Programme Régional de Télémédecine (PRT).

Aujourd'hui beaucoup d'outils nécessaires à la télémédecine se développent et les industriels de la santé numérique ne cessent de rivaliser d'ingéniosité dans l'invention de nouveaux outils (le Dossier Médical Partagé DMP, les Messageries Sécurisées de Santé MSS, l'e-prescription du médecin⁵) pour construire avec les professionnels médicaux les nouvelles organisations et pratiques de la médecine à distance.

Dans un tel contexte, nous nous posons la question de savoir quel est le niveau de médicalisation en EHPAD et si la médicalisation est adaptée. La télémédecine peut-elle assurer une médicalisation adaptée au sein de l'EHPAD et faciliter l'accès aux soins des résidents ? Pour répondre à ces questionnements, nous présentons dans un premier temps, le contexte de la télémédecine et des EHPAD. Dans un deuxième temps, nous abordons la médicalisation en EHPAD et son adéquation avec la télémédecine. Et dans un troisième temps, nous nous examinons, au regard de pratiques sur le terrain, les apports et les limites d'un projet de télémédecine, concrètement en EHPAD.

⁵ <http://www.medisite.fr/a-la-une-sante-du-futur-le-numerique-cest-pour-maintenant.3691603.2035.html>

I. Télémédecine et EHPAD

A. Télémédecine

1. Définition

La télémédecine est reconnue légalement en France comme une pratique médicale depuis la loi « **Hôpital, Patients, Santé, Territoires** » (HPST) du **21 juillet 2009**⁶. Elle est définie comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

2. Contexte et réglementation

a) Contexte

Le système de santé actuel fait face à de nombreux défis parmi lesquels : le vieillissement de la population, l'augmentation de pathologies et de la dépendance liées au vieillissement. Or, le contexte est marqué par une contrainte de gestion de compétences médicales et soignantes et d'enveloppes budgétaires fermées. De ce fait, la définition de nouvelles organisations de soins et de prise en charge des patients devient plus que jamais indispensable. La télémédecine naît donc de l'évolution des technologies numériques en santé et est rendue possible par un cadre réglementaire mis en place depuis la loi HPST⁷. La télémédecine apporterait une des réponses aux problématiques médico-économiques selon le Programme Régional de Télémédecine (PRT).

⁶ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

⁷ *ANAP. *La télémédecine en action: 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 1: les grands enseignements.* *DGOS. *Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine.* *Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

En effet, la télémédecine fait l'objet, depuis 2011, d'une stratégie nationale de déploiement. L'**article 36 de la Loi n°2013-1203** de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour **2014** a été prévu pour permettre la réalisation d'expérimentations de télémédecine à compter du 1^{er} janvier 2014. Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations ont été définies dans un cahier des charges arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'objectif de ces expérimentations était de déployer des organisations de télémédecine au bénéfice de patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales et de proposer des modes de financement préfigurateurs pour les actes réalisés. La Haute Autorité de Santé (HAS) était chargée de réaliser ou de valider une évaluation de ces expérimentations.

Un **premier rapport** a été rédigé en septembre **2016** par la HAS. Mais celle-ci n'a pas été en mesure de réaliser l'évaluation compte tenu de la non-effectivité du démarrage des expérimentations à cette date. Le rapport élaboré était donc un **rapport préalable** qui retraçait les principales étapes de l'élaboration des cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par la télémédecine en deux temps :

- **cadre expérimental initial**, avec la publication du cahier des charges relatif à la prise en charge par télémédecine des plaies chroniques et/ou complexes.
- **évolution du cadre des expérimentations**, avec la publication du cahier des charges dit « générique » en vigueur relatif aux actes de téléconsultation et téléexpertise.

Un **second rapport**, rédigé en **2017** par le ministère des solidarités et de la santé, en vue de sa transmission au Parlement a été soumis à la HAS. Compte tenu de l'absence de données suffisantes recueillies dans le cadre des expérimentations, nécessaires à une évaluation en vue du déploiement de la télémédecine, le collège de la HAS a pris acte du rapport dans sa décision du 20 décembre 2017. L'**article 54 de la loi N° 2017-1836** du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour **2018**⁸ a abrogé l'**article 36 de la loi N° 2013-1203** du 23 décembre **2013** de financement de la sécurité sociale pour **2014**⁹ à compter du **1^{er} janvier 2018**.

⁸ LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 (1).

⁹ LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 (1).

De même, le Programme Régional de Télémedecine (PRT)¹⁰ constitue l'un des programmes spécifiques composant le Projet Régional de Santé (PRS). Selon donc le décret du 18 mai 2010¹¹, relatif au PRS, le PRT définit les orientations souhaitables du développement de la télémedecine dans les territoires au service des axes retenus dans les schémas d'organisation des soins, d'organisation médico-sociale et de prévention. La télémedecine s'inscrit aussi dans le cadre de la mission « prévention et accompagnement des personnes âgées et des personnes handicapées » du Fonds d'Intervention Régional (FIR) et en particulier pour la mise en place du déploiement du dispositif télémedecine du projet expérimental pour l'amélioration du parcours de santé des Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)¹².

Les pratiques de la télémedecine se déroulent dans un cadre juridique pas encore très clairement défini en ce qui concerne la responsabilité juridique des professionnels de santé l'exerçant. Beaucoup de lois sont en cours d'examen parlementaire en ce qui concerne la télémedecine et ses pratiques¹³. Il y a donc une volonté politique de développer la télémedecine sur tout le territoire national.

b) Règlementation

L'assise réglementaire de la télémedecine et ses conditions de mise en œuvre ont été établies en 2009 et 2010 (Figure 1).

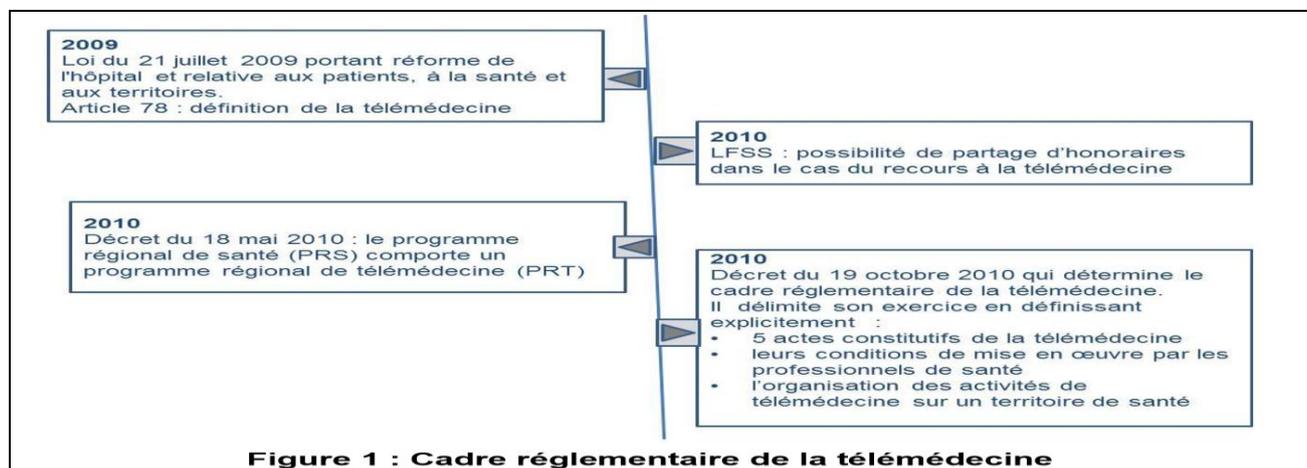


Figure 1 : Cadre réglementaire de la télémedecine

Source : Expérimentations relatives à la prise en charge par télémedecine-Article 36 de la LFSS 2014

¹⁰ PRT. Programme Régional de Télémedecine.

¹¹ Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé (PRS).

¹² Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA.

¹³ <https://www.urml-normandie.org/14303-la-telemedecine-au-service-des-ehpads-en-normandie/>

04/09/2018

La pratique de la télémédecine est régie par quelques textes qui arrêtent la définition des actes, les conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique :

- Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 en son article L. 6316-1 ;
- Le décret d'application n° 2010-1229 du 19 octobre 2010¹⁴ en ses articles R. 6316-1 à R. 6316-11 a renforcé l'assise juridique de la télémédecine en l'inscrivant dans le droit commun des activités médicales, y compris pour les droits des patients.
- L'article 36 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2014 définit le programme national "ETAPES"¹⁵ désignant les Expérimentations de Télémédecine pour l'Amélioration du Parcours En Santé (ETAPES). Les expérimentations prévues initialement à compter du 1er janvier 2014 pour une durée de 4 ans, concernent la téléconsultation, la téléexpertise, et la télésurveillance pour 4 maladies chroniques des patients en médecine de ville (patients présentant une ou plusieurs affections de longue durée) ou pour l'ensemble des résidents des structures médico-sociales.
- Articles 47 et 91 de la LFSS 2017. Par l'article 91 de la LFSS 2017¹⁶, le dispositif expérimental de ce programme a été prorogé d'un an et étendu à l'ensemble des régions françaises. Les projets éligibles à ce programme doivent répondre à des cahiers des charges.

3. Pratique et enjeux

a) Pratique de télémédecine

La volonté politique de développer la télémédecine s'est concrétisée par l'élaboration d'un plan stratégique de déploiement de la télémédecine¹⁷, lancé fin 2010 par la Ministère des affaires sociales et de la santé et piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). La télémédecine est appréhendée comme un facteur d'amélioration de la performance :

- Pour les patients, la télémédecine permet une optimisation de la prise en charge : - équité dans l'accès à des soins de qualité ; - maintien de l'accès à une offre de soins de

¹⁴ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

¹⁵ LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 (1).

¹⁶ LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 (1).

¹⁷ <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/telemedecine-les-outils>

premier recours et une offre de soins spécialisée ; -amélioration de la prévention et de la qualité de vie des patients.

- Pour les professionnels de santé, un enrichissement par le travail collectif et une sécurisation des pratiques ;
- Pour les pouvoirs publics, une diminution du recours à l'hospitalisation ainsi qu'aux transports.

En mars 2011, le comité de pilotage national a identifié 5 chantiers prioritaires pour faciliter le déploiement de la télémédecine en France. Ces domaines d'application visaient tous à améliorer l'accès aux soins et leur qualité, de même que la qualité de vie des malades ou la réponse à un problème de santé publique.

Actes de télémédecine.

Selon le **décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine**^{18 19}, en son article R. 6316-1- Relèvent de la télémédecine définie à l'article L. 6316-1, les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

1° **La téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'[article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985](#)²⁰ portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ; cet acte nécessite la présence active du patient (le patient est acteur et peut témoigner de la façon dont l'acte a été réalisé) ;

2° **La téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

¹⁸ Article R. 6316-1 du décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine - article 1 du Code de la santé publique.

¹⁹ DGOS. Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine.

²⁰ Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.

3° **La télésurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

4° **La téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

5° **La réponse médicale**, qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

Dispositions

La réalisation d'un acte de télémédecine se caractérise par l'usage, par les acteurs distants participant à l'acte, « d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication » (**Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine**)²¹. Les cinq types d'actes prévus au décret et déclinés dans les différents contextes de prise en charge induisent l'élaboration de dispositifs techniques spécifiques de télémédecine adaptés à la pratique médicale et supportant les fonctionnalités nécessaires à leur réalisation. Ceci suppose le respect d'un certain nombre de dispositions règlementaires ainsi que de normes et standards. Entre autres :

- Les organismes et les professionnels de santé utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour la pratique d'actes de télémédecine s'assurent que l'usage de ces technologies soit conforme aux dispositions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du Code de la Santé Publique (CSP) relatif aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel ;
- Respecter l'ensemble des référentiels de l'ASIP : Répertoire National des Référentiels (RNR), la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S), le référentiel d'Interopérabilité avec le Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information de Santé (CISIS), etc. ;

²¹ Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

- S'appuyer sur les recommandations du CNOM en 2009²², le rapport LASBORDES de la Mission Parlementaire Télésanté d'octobre 2009²³, ainsi que le guide méthodologique pour l'élaboration du PRT publié par la DGOS en fin 2011.

Selon la loi, le demandeur et le prescripteur est un médecin ou un infirmier (acte de demande très limité), un professionnel de santé. En aucun cas le patient.

Acteurs

La réalisation d'activités de télémédecine requiert la présence de deux types d'acteurs :

- les acteurs institutionnels en charge, du pilotage, de la mise en œuvre et de la régulation des activités de télémédecine au niveau du territoire régional (*maîtrise d'ouvrage stratégique ARS, *maîtrise d'ouvrage opérationnelles porteurs de projets) ;
- les acteurs opérationnels, directement impliqués dans la réalisation de l'acte (*patient et aidants, *professionnels de santé, *personnels intervenant en soutien à l'acte de télémédecine, *structure porteuse de l'activité de télémédecine, *fournisseurs et prestataires techniques, *prestataires de services).

Le tableau ci-dessous précise le niveau d'intervention de chaque acteur ou catégorie d'acteurs précitée dans les différentes phases d'un projet de mise en œuvre d'activité de télémédecine :

Actes	Cad战略ique	Cad战略ique opérationnel	Conception du dispositif / Expression de besoin	Développement / mise en œuvre	Fonctionnement / Support / Evolutions
AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ	✓				
MOA RÉGIONALE DES SI DE SANTÉ	✓	✓	✓		✓
PORTEUR DE PROJET	✓	✓	✓	✓	✓
OPÉRATEUR DE L'ACTIVITÉ (ES)		✓	✓	✓	✓
PROFESSIONNELS DE SANTÉ			✓		✓
FOURNISSEURS ET PRESTATAIRES TECHNIQUES				✓	✓
PRESTATAIRES DE SERVICES		✓	✓		✓

 Intervention certaine
  Intervention possible

Nota : dans la majorité des cas actuels (projets en phase expérimentale ou de montée en charge), les fournisseurs assurent un support et une maintenance sur leurs équipements/logiciels, mais le support au fonctionnement (1er niveau) est assuré par les équipes médicales/paramédicales, qui interviennent en collaboration avec le support des fournisseurs de solutions. Cette approche, si elle est étendue, doit être cependant bien structurée (définition des rôles et responsabilités respectifs).

²² CNOM. *Préconisation du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine. Janvier 2009.*

²³ LASBORDES, Rapport LASBORDES: "La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être", 15 octobre 2009, 247 p., par P. LASBORDES.

Figure 2 : niveau d'intervention des acteurs dans un projet de télémédecine

Source : Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine. Mars 2012.

Tarification

La tarification des actes de télémédecine dépend de leurs natures et du type de professionnel de santé qui les réalise et du nombre d'actes réalisés dans l'année. Ainsi, dans le rapport préalable des Expérimentations relatives à la prise en charge par Télémédecine, on distingue une tarification pour les téléconsultations et une autre pour les téléexpertises. Les rémunérations indiquées ci-dessous (**figure 3**) sont versées aux professionnels de santé par les caisses d'assurance maladie selon les modalités en vigueur pour la facturation des actes et consultations externes : les professionnels ou établissement requis s'identifient selon les modalités habituelles de Carte de Professionnel de Santé (CPS) ou de Carte de Personnel d'Etablissement (CPE) ; le patient est identifié selon les modalités habituelles du Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR)²⁴.

²⁴ HAS. Rapport préalable. Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine-Article 36 de la LFSS 2014. septembre 2016, 62p.

	Téléexpertise	Téléconsultation	Télesurveillance	
Conditions	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration type d'activité adressée par le requis à l'ARS et au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins • Lettre d'engagement entre le requis et 5 à 20 requérants pour la téléexpertise et transmise à l'ARS (Cf plaquette tarification ARS) • Informer son assureur responsabilité civile de son activité de télé-médecine (peu engendrer une majoration) 		<ul style="list-style-type: none"> • Patients atteints d'ALD : à domicile ou en structures médico-sociales • Choix des critères minimaux pour les solutions techniques 	
Tarification	Professionnel requis			
	forfait de 40€ /an /patient	Médecin généraliste avec DU Gériatrie	28€ à partir du 01/05/2017	Rémunération au forfait/patient/semestre (voir tableau ci-dessous)
		Médecin spécialiste	30 € à partir du 01/07/2017	Rémunération du fournisseur de la technologie au prorata du nombre de semestres de suivi
		Psychiatre (en T2A)	45,7€ à partir du 01/07/2017	Rémunération du professionnel effectuant l'accompagnement thérapeutique
		Psychiatre (en dotation globale)	Intégration nouvelle activité dans la DAF	
MT ou MG de Garde Requis pour un patient en EHPAD	2 actes de télé-médecine en Ehpad ont intégré, au 04/2017, la convention nationale: télé-expertise dossier traitant (TDT), qui permet d'assurer la transition entre deux médecins traitants, lors de l'arrivée en Ehpad d'un résident téléconsultation médecin traitant avec Ehpad (TTE) valorisé à 23 €			
Professionnel requérant				
Pas de rémunération prévue	28 000€ par an (50% à la signature de de la convention - 50% si 50 TLC/an)			
Vigilances	Rémunération 100 patients maximum/an/médecin	Rémunération jusqu'à 3 actes/patient/médecin (5 actes pour les psychiatres)	Prime forfaitaire versée à l'année N+1 en fonction de la performance mesurée selon le SNIIRAM et d'une clé de répartition	

Figure 3 : tarification de la télé-médecine pour les actes de téléconsultation, téléexpertise et télesurveillance²⁵.

Source : Loi de Financement de la Sécurité Sociale votée pour 2017 met en place une, détaillée dans le tableau suivant.

✚ État des lieux de la télé-médecine

La DGOS a mené un premier recensement national des activités de télé-médecine en fin 2011 et un deuxième en fin 2012. Selon les données quantitatives issues du recensement effectué au 31 décembre 2012²⁶ ²⁷: le nombre de projets de télé-médecine progresse dans la plupart des régions.

²⁵ HAS. Rapport préalable. Expérimentations relatives à la prise en charge par télé-médecine-Article 36 de la LFSS 2014. septembre 2016, 62p.

²⁶ La preuve par 10 : Principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets de télé-médecine 2013 - DGOS ; accessible sur http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_Plaquette_Communication_DGOS.pdf

Tableau 1 : résumé du recensement des projets de télémédecine par la DGOS

DGOS : RECENSEMENT AU 31 DECEMBRE 2012	
Le nombre de projets de télémédecine progresse dans la plupart des régions	53 % des projets étaient exclusivement hospitaliers avec cependant une progression de la part du secteur ambulatoire (passant de 15 % à 30 % entre les deux recensements)
331 projets de télémédecine ont été recensés sur l'ensemble du territoire (+ 48 % par rapport à 2011)	toutes les régions avaient au moins un projet en phase opérationnelle
78 % des projets de télémédecine concernaient une activité de téléconsultation et/ou téléexpertise	les pathologies les plus concernées : l'AVC (30 projets), l'insuffisance rénale (30 projets), l'insuffisance cardiaque (24 projets) et les plaies chroniques (19 projets)
1 projet de télémédecine sur 2 assurait la prise en charge effective de patients	les 3/4 des projets sont destinés à tout public et le 1/3 prend en charge les personnes âgées

Tableau conçu par nos soins sur la base du document de la DGOS.

Les principaux facteurs du déploiement et de la pérennisation des projets de télémédecine identifiés par la DGOS étaient la fédération des acteurs autour d'un projet médical avec des objectifs communs et l'appui d'une maîtrise d'ouvrage expérimentée (sur le plan technique et métier) pour accompagner les acteurs. Les principales difficultés rencontrées lors du déploiement des projets étaient liées à la réticence des acteurs libéraux à s'engager sur les projets de télémédecine compte tenu de l'absence de visibilité sur la rémunération des actes de télémédecine, à la complexité de la coordination des projets interrégionaux qui ralentit leur déploiement et les problématiques d'ordre logistique ou d'infrastructure. L'état des lieux des projets de télémédecine présenté dans le rapport d'évaluation médico-économique de Juillet 2013 par la HAS²⁸ montre une forte variabilité dans le degré de maturité des projets, dont la majorité se trouve au stade expérimental et une vision fragmentée de leur développement.²⁹

²⁷ DGOS. *Principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets télémédecine 2013*; HAS. *Efficienc e de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*.

²⁸ *Efficienc e de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation de juillet 2013*, HAS.

²⁹ HAS. *Efficienc e de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*.

b) Enjeux

À partir de 2014, la DGOS a considéré qu'un des enjeux du déploiement de la télémédecine était son développement hors de l'hôpital afin d'en faire un outil au service du premier recours et de la logique de parcours. La télémédecine est présentée comme un levier fondamental de la mise en place de ces nouvelles organisations. Mais elle doit cependant faire face à certains enjeux :

- ceux de la loi HPST pour encourager les coopérations et les liens entre premier et second recours, décloisonner les différents secteurs, prendre en compte les attentes des patients de plus en plus acteurs de leur santé ;
- s'intégrer dans le parcours de patients et de soins ;
- se développer sur un territoire national avec des disparités démographiques, d'offres de soins et de besoins de personnels médicaux et paramédicaux ;
- en tenant évidemment compte des contraintes budgétaires et un enjeu pour les politiques qui reste de réussir l'intégration de l'évolution numérique à la santé ;
- avec un contexte juridique et une rémunération des actes qui restent à clarifier ;
- et des évaluations qui doivent être réalisées.

B. EHPAD

1. Philosophie des EHPAD

La plupart des résidents qui rentrent en institution restent jusqu'à la fin de leur vie. D'où la nécessité pour les EHPAD de les accueillir et de les accompagner comme s'ils étaient chez eux à la maison, tout en œuvrant pour une surveillance médicale continue et en offrant des soins et des animations. De même, le désir des équipes en EHPAD est d'être au quotidien proche du patient et d'impliquer le plus possible son entourage. Ainsi, le consentement éclairé du résident est à chaque fois recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension. Un lieu de vie mais où on ne peut plus faire abstraction de soins ([Annexe III-1](#)). De ce fait, ce lieu de vie et de soins se donne pour missions :

- d'accompagner les personnes âgées dans leur vie quotidienne et de répondre le mieux possible à leurs besoins dans la continuité des interventions ;
- de rendre effectif le droit à la protection, à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, à la santé et aux soins, à un suivi médical adapté ;
- de s'employer, dans l'ensemble des actions mises en œuvre, à maintenir le plus haut niveau d'autonomie possible de chacun des résidents. Dans cet esprit, le personnel aide les résidents à accomplir les gestes essentiels quotidiens; les déplacements dans l'enceinte de l'établissement et toutes mesures favorisant le maintien de l'autonomie plutôt que de se substituer à eux et de « faire à leur place » ;
- de favoriser la vie sociale du résident en l'aidant dans ses déplacements à l'extérieur de l'établissement et ce dans le respect de ses choix autant que possible ;
- et la nécessité de trouver des actions de prévention et de différentes alternatives à la prise médicamenteuse pour le relaxer et stimuler au maximum le résident.

La philosophie de l'EHPAD privilégie l'échange, le temps passé avec le résident et la connaissance du résident afin de définir un projet individualisé et personnalisé. Selon un sondage réalisé par ODOXA pour la Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH) en 2018, « *Le carnet de santé des français et des personnels hospitaliers* »³⁰, il ressort que le point noir pointé par les soignants dans l'enquête est le manque de temps passé avec le patient. Les soignants en EHPAD sont aussi préoccupés par le temps consacré au patient parce que leur souci reste de trouver à chaque fois les moyens d'être proches du résident et de garder toujours le lien humain.

2. Contexte et réglementation

a) Contexte

L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), également connu sous la dénomination Maison de Retraite, est dédié à l'accueil des personnes âgées de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique et qui ne peuvent plus être maintenues à domicile. C'est une structure médicalisée qui offre en plus de l'aide à la vie quotidienne, des soins médicaux personnalisés. Les soins sont

³⁰ ODOXA. *L'importance du temps dans la relation patients-soignants.*, publié le 18 juin 2018. [Consulté en juillet 2018]. Disponible sur : <http://www.odoxa.fr/sondage/carnet-de-sante-francais-personnels-hospitaliers-2/>

assurés par un personnel soignant qualifié sous la direction d'un médecin coordonnateur mais le résident garde le choix de son médecin traitant. Le statut de l'EHPAD peut être Public, Privé à but lucratif ou Privé associatif. L'EHPAD fait partie de la catégorie des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux.

Les unités de soins de longue durée (USLD) constituent les structures les plus médicalisées, destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes. Il existe aussi des résidences d'hébergement temporaire permettant à la personne âgée de faire face à des difficultés passagères telles que l'absence momentanée de la famille, l'isolement, la convalescence, ou encore l'inadaptation du logement en hiver. Les logements-foyers sont des groupes de logements autonomes (parfois aussi des chambres) assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) existent depuis 2001. Progressivement, les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes signent des **Conventions Tripartites (CTP)** avec leur conseil général et l'assurance maladie, devenant ainsi des EHPAD, et s'engagent sur les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier de même que sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. Mais avec la **LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015** relative à l'adaptation de la société au vieillissement³¹, en son **article 58** : à compter du **1er janvier 2017**, les Conventions Tripartites (CTP) sont remplacées par les **Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM)**.

Les EHPAD sont le plus souvent des maisons de retraite, parfois des logements-foyers mais peuvent aussi être issus d'établissements sanitaires ; il s'agit alors de redéfinition de places d'unités de soins de longue durée en longs séjours médico-sociaux.

Grâce au développement des différents dispositifs permettant de maintenir le plus longtemps possible les personnes âgées au domicile : Hospitalisation A Domicile (HAD) et Service de Soins A Domicile (SSIAD), les personnes rentrent de plus en plus tardivement en EHPAD, de plus en plus malades et dépendants de ce fait.

³¹ LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1).

Caractéristiques des personnes accueillies

L'accueil et le séjour dans l'établissement s'inscrivent dans le respect des principes et valeurs définis par la Charte de la personne âgée dépendante de la Fédération Nationale de Gérontologie qui répond à l'arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie³². La moyenne d'âge des résidents est souvent de 85 ans sauf pour les résidents handicapés vieillissants dont la moyenne d'âge peut varier d'un EHPAD à un autre³³.

Tableau 2 : Distribution des résidents au 31/12/2015 par groupe d'âges et sexe selon la catégorie d'établissement

Ensemble des établissements

Âge des résidents	Sexe				ENSEMBLE	Part des personnes âgées en institution au sein de la population générale selon la catégorie d'âge	
	Femmes	Hommes	Total répondants	Non renseigné		Femmes	Hommes
Moins de 65 ans	9 842	12 626	22 468	10	22 478	-	-
De 65 à moins de 70 ans	15 093	16 183	31 277	11	31 288	0,8	0,9
De 70 à moins de 75 ans	18 439	15 207	33 646	19	33 665	1,4	1,3
De 75 à moins de 80 ans	40 057	22 636	62 693	23	62 716	3,2	2,4
De 80 à moins de 85 ans	87 740	34 810	122 550	43	122 593	7,6	4,7
De 85 à moins de 90 ans	152 303	44 437	196 740	67	196 807	18,5	10,6
De 90 à moins de 95 ans	151 337	35 239	186 576	62	186 638	34,8	21,5
95 ans et plus	60 564	10 364	70 928	22	70 950	63,5	43,7
Total répondants	535 375	191 502	726 877	258	727 135	-	-
Non renseigné	528	226	754	35	789	-	-
ENSEMBLE	535 903	191 728	727 631	293	727 924	7,5	3,4

Champ : Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour, France métropolitaine + DROM (hors Mayotte) ; ensemble des résidents.

NB : Contrairement aux résultats publiés dans l'Études et résultats n°1015, les personnes âgées de moins de 50 ans sont ici classées parmi les moins de 65 ans et non parmi les âges non-renseignés. **Les effectifs ont été arrondis à l'unité. De ce fait, la correspondance avec le total n'équivaut pas systématiquement à la somme des modalités.**

Lecture : Au 31 décembre 2015, 43,7% des hommes âgés de 95 ans et plus vivent ou fréquentent un établissement pour personnes âgées.

Sources : DREES, enquête EHPA 2015, INSEE, recensement de la population (Estimations 2015).

³² Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles. <https://www.legifrance.gouv.fr>

³³ L'âge moyen d'entrée en EHPAD est ainsi de 84 ans et 9 mois en 2011 contre 83 ans et 5 mois en 2007, et 82 ans en 1994, selon la DREES (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf>).

b) Réglementation

La création des EHPAD répond à un objectif d'équité dans le financement des soins. La **loi n°75-535 du 30 juin 1975**³⁴ donne naissance au secteur médico-social qui, dans le cadre de la transformation des hospices, recouvre dès lors une partie de l'hébergement des personnes âgées donnant ainsi des EHPA (établissements pour personnes âgées). Compte tenu des disparités en termes de répartition des crédits de l'Assurance Maladie, le **décret du 26 avril 1999**³⁵ réforme le secteur en instaurant une tarification ternaire. Les maisons de retraite et les foyers logements qui sont éligibles à la signature de cette convention tripartite deviennent alors des EHPAD.

Le budget de l'EHPAD est divisé en trois sections (**article L. 314-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles**)^{36 37}:

- la section « **soins** », à la charge des régimes d'assurance maladie, dont la dotation est arrêtée par le directeur général de l'ARS, suivant « *un barème et [des] règles de calcul* » fixés par l'arrêté du 26 février 2009 ;
- la section « **dépendance** », à la charge du conseil général, dont la dotation est arrêtée par son président ; celle-ci couvre « *l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir* »³⁸ (article R. 314-160 du Code de l'Action Sociale et des Familles) ;
- la section « **hébergement** », à la charge du résident.

Les EHPAD sont soumis à un **régime d'autorisation** (article L. 313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles), accordée pour une **durée de 15 ans**. Le financement des EHPAD s'intègre dans le cadre des conventions tripartites signées par les établissements, les conseils généraux et les ARS. Cette dernière arrête annuellement le montant de la dotation soins de chaque établissement.

³⁴ Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

³⁵ Décret n°99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

³⁶ IGAS, RAPPORT N°RM2011-113P

³⁷ IGAS. *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale*

³⁸ Code de l'action sociale et des familles - Article R314-160, 314.

Pour les établissements ayant signé des 2^{èmes} conventions dites de génération (dits aussi « tarifés au GMPS » ou « pathossifiés »), ce montant est établi à partir d'une équation tarifaire faisant intervenir une mesure des soins médico-techniques requis par la population hébergée : l'outil PATHOS. Le calcul du montant de la dotation en soins prend en compte le Groupe Iso-Ressources GIR Moyen Pondéré (GMP) relatif à l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents (article L.314-9 du Code de l'Action Sociale et des Familles) et le PATHOS Moyen Pondéré (PMP) de l'établissement représente la charge de soins médico-techniques requis³⁹ (**circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA n°2006-447 du 17 octobre 2006**). (Annexes I-3, I-4, I-5)

 **Prise en compte de la dépendance.**

Tableau 3 : Distribution des résidents au 31/12/2015 par groupe d'âges et groupe iso-ressources (GIR) selon la catégorie d'établissement
Ensemble des établissements

Âge des résidents	GIR *								ENSEMBLE
	1	2	3	4	5	6	Total répondants	Non renseigné	
Moins de 65 ans	2 040	5 106	2 928	4 363	1 982	3 560	19 980	2 499	22 479
De 65 à moins de 70 ans	2 877	7 476	4 433	6 408	2 539	5 732	29 465	1 823	31 288
De 70 à moins de 75 ans	3 690	9 093	4 751	6 190	2 476	5 586	31 787	1 878	33 665
De 75 à moins de 80 ans	8 480	18 937	8 679	10 816	3 939	8 836	59 686	3 030	62 716
De 80 à moins de 85 ans	18 362	38 887	17 206	21 366	7 427	14 646	117 894	4 699	122 593
De 85 à moins de 90 ans	31 378	62 553	28 907	37 112	12 425	18 913	191 288	5 519	196 807
De 90 à moins de 95 ans	32 668	60 741	28 643	35 909	11 570	13 256	182 788	3 850	186 638
95 ans et plus	15 736	24 680	11 283	12 124	3 171	2 877	69 871	1 080	70 950
Total répondants	115 231	227 473	106 829	134 288	45 530	73 406	702 756	24 379	727 135
Non renseigné	63	180	44	186	51	46	569	220	789
ENSEMBLE	115 294	227 653	106 873	134 474	45 580	73 452	703 326	24 599	727 924

Champ: Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour, France métropolitaine + DOM (hors Mayotte) ; ensemble des résidents.

Source: DREES, Enquête EHPA 2015.

³⁹ Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA no 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées.

GIR* : La grille nationale Aggir permet d'évaluer le degré de dépendance. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (Gir). À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Gir 1 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,

Ou personne en fin de vie

Gir 2 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente

Gir 3 : Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels

Gir 4 : Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillement,

Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas

Gir 5 : Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage

Gir 6 : Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : <https://www.service-public.fr>

3. Enjeux

Dans un contexte d'augmentation du nombre de personnes âgées et dépendantes, des contraintes budgétaires, les EHPAD doivent relever le défi de la qualité de prise en charge et d'accompagnement des résidents, tout en intégrant leurs besoins en soins avec un personnel restreint. Or, une bonne tenue et une bonne alimentation du dossier de soins du résident est un enjeu tant pour la qualité de la prise en charge que pour la coupe pathos. De même, la maîtrise des prescriptions de médicaments dans les EHPAD présente des enjeux en termes de qualité de prise en charge et d'efficacité. Ils doivent malgré tout, veiller à rester des lieux de vie pour les résidents et impliquer le plus possible les familles dans l'accompagnement. Pendant ce temps, l'Etat doit encourager la mise en place de nouvelles structures d'hébergement.

II. Médicalisation et télémédecine en EHPAD

A. Médicalisation en EHPAD

1. Médicalisation importante et nécessaire ?

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) définit la médicalisation des EHPAD comme le développement des moyens à la charge des établissements pour répondre aux besoins en soins des résidents, ces besoins étant objectivés par la prise en compte des soins médicaux et techniques.⁴⁰ L'analyse des données sur les besoins en soins des résidents montre une tendance à l'augmentation de ces besoins (le « PATHOS moyen pondéré » est passé de 192 en 2012 à 198 en 2013). Cela s'explique notamment

⁴⁰ Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) (2014). *Rapport 2014 : 10 ans de solidarité pour l'autonomie*. page105.

par une entrée en établissement plus tardive⁴¹, qui s'accompagne d'un besoin de soins plus élevé dès l'entrée en institution. Il se crée donc des besoins d'équipement en matériel médical dans les EHPAD et de création de nouvelles structures d'hébergement.

Tableau 4 : Taux d'équipement en hébergement pour personnes âgées au 31/12, Année 2010 – 2016

Département	Année	Taux d'équipement en places d'hébergement(*) pour personnes âgées		Taux d'équipement en lits médicalisés (**) pour personnes âgées	
		pour 1000 personnes de 75 ans et plus	Rang	pour 1000 personnes de 75 ans et plus	Rang
Nord	2010	121,8	43	78,9	16
	2011	123,6	-	95,0	-
	2012	124,2	54	88,1	25
	2013	125,8	55	91,2	25
	2014	125,9	59	99,9	42
	2015	126,8	58	101,2	43
	2016	129,2	63	103,1	50
Pas-de-Calais	2010	106,9	23	66,9	8
	2011	104,9	-	67,8	-
	2012	106,4	25	67,1	10
	2013	110,7	30	71,2	10
	2014	110,3	32	83,2	13
	2015	111,6	33	84,4	15
	2016	114,9	39	87,8	19

Tableau conçu par nos soins, avec les 'Sources : DREES - DRJSCS, Panorama Statistique Jeunesse Sports Cohésion Sociale pour les places d'hébergement et Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2017' Date de mise à jour : 30/03/2018

Explications du tableau :

(*) Places de maison de retraite, logements en résidence autonomie anciennement logement-foyer, places d'hébergement temporaire et lits de soins longue durée. **Taux d'équipement en places d'hébergement pour personnes âgées** : places en maison de retraite, logements de logements-foyers, places d'hébergement temporaire et lits de soins longue durée ; pour 1000 personnes de 75 ans ou plus.

(**) Lits d'EHPAD et lits de soins de longue durée. **Taux d'équipement en lits médicalisés** : lits d'EHPAD et lits de soins de longue durée pour 1000 personnes de 75 ans ou plus. Les lits et places correspondent aux lits et places installés au 1er janvier.

Le programme 2014 de la CNSA portait sur les données de l'année 2012 concernant 2 210 EHPAD (32 % des établissements). L'analyse des données de l'échantillon a livré, entre autres, les enseignements suivants :

⁴¹ L'âge moyen d'entrée en EHPAD est ainsi de 84 ans et 9 mois en 2011 contre 83 ans et 5 mois en 2007, et 82 ans en 1994, selon la DREES (<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er899.pdf>). https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_rapportactivite2014_versioninteractive.pdf

- la part du personnel médical salarié dans les charges de personnel totales et le ratio d'encadrement des résidents par du personnel soignant augmentent bien avec la charge en soins, conformément à la logique qui prévaut pour le financement des EHPAD ;
- le coût complet des soins en EHPAD (y compris soins de ville) par place s'élève en moyenne à 13 925 € ;
- le taux d'occupation global est de 95 % (médiane de 98 %), sans qu'à ce stade les variations observées puissent être expliquées par un facteur précis ;
- la fréquence des hospitalisations des résidents varie selon les modalités de tarification des soins⁴².

La médicalisation des EHPAD progresse pour accompagner l'évolution du profil de leurs résidents. Entre 2006 et 2013, 84 % des conventions tripartites ont été renouvelées dans ce cadre. En 2014, 147 M€ supplémentaires ont été consacrés à la médicalisation des EHPAD et 10 M€ supplémentaires pour la réouverture encadrée du tarif global.

Les politiques publiques en matière de maintien à domicile, et ce, depuis le VIème plan économique et social de 1972-1977 (Programme d'Action Prioritaire n°15), permettent à la grande majorité des très âgés de rester chez eux : 85 % des plus de 80 ans vivent à domicile⁴³. De ce fait, les personnes entrant en EHPAD sont plus âgées, plus dépendantes et polypathologiques avec une nette augmentation des troubles neurologiques liés à la maladie ou à l'âge. Le besoin en soins adaptés devient une préoccupation, de même que le temps de présence médicale. L'outil pathos a commencé par intégrer les démences. La plupart du temps, les personnes y entrent sur orientation médicale, les troubles ayant été souvent diagnostiqués en amont de l'admission. Or, selon la philosophie de l'EHPAD, il paraît difficile pour l'établissement de les admettre dans le strict respect du niveau de médicalisation surtout quand la liste des entrants potentiels se restreint. La place du soin devient prépondérante avec un besoin récurrent de personnels soignants.

En 2007⁴⁴, le champ d'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD) a été élargi aux EHPA et EHPAD, expliquant ainsi que les EHPAD ont de plus en plus de

⁴² Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) (2014). *Rapport 2014: 10 ans de solidarité pour l'autonomie*. page105

⁴³ VERGER P., (2013), *La politique du médicament en EHPAD*, décembre, pp.11-27, 125 pp.

⁴⁴ Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

soins auxquels ils ne sont pas forcément formés ou dont ils ne disposent pas de matériels adaptés. Malgré cette opportunité, les EHPAD utilisent très peu l'HAD⁴⁵, si ce n'est pour les pansements complexes et les soins palliatifs. Pourtant ce dispositif permet d'éviter l'hospitalisation des résidents ou d'en raccourcir la durée, ou encore les ré-hospitalisations réduisant ainsi le nombre et le prix de tous les transports associés⁴⁶.

La médicalisation devient donc une nécessité pour répondre aux besoins des personnes âgées. Une médicalisation importante et nécessaire en EHPAD oui, mais pas toujours adaptée. Il ne faudrait toutefois pas en arriver à un système complètement sanitarisé dédié à la prise en charge de personnes dépendantes. En cela, les EHPAD risqueront de perdre le sens même de leur raison d'exister.

2. Coordination et continuité des soins

L'augmentation du besoin en soins et la complexité de ces soins constituent un défi médical dans la gestion des EHPAD. Il naît de ce fait, un besoin de coordination entre les professionnels de santé et d'expertise autour des résidents. La médicalisation implique d'enrichir les pratiques et de sécuriser l'accompagnement et la prise en soins du résident. Le besoin de prévention, de surveillance et de suivi des problèmes de santé des résidents entraîne de facto une nécessité de collaboration avec d'autres professionnels pour des soins spécifiques. L'expression des maladies chez la personne âgée malade présente de multiples difficultés d'où la démarche médicale qui nécessite une approche pluridimensionnelle prenant en compte les problèmes physiques mais également psychologiques et sociaux⁴⁷. Le médecin coordonnateur devient un acteur clé sur qui repose la coordination ; il devient l'interlocuteur privilégié des médecins traitants, des médecins hospitaliers et de tous les réseaux gériatriques et gérontologiques du territoire⁴⁸

⁴⁵ AGBORAZE - GBETOGLO, *Evaluation annuelle du partenariat entre l'hospitalisation à domicile (HAD) et les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour les quatre HAD de la Mutualité Française Nord Pas de Calais SSAM*. 36 pages, Mémoire de Diplôme Universitaire "Démarche Qualité et Gestion Des Risques dans les secteurs sanitaire et médico-social". Université de Lille 2-Faculté Ingénierie et Management de la Santé, 2017.

⁴⁶ CNAMTS, (2016), *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017*, juin, 169 pp.

⁴⁷ CUDENNEC et FAUCHER, *Gériatrie (module5), collection REUSSIR L'ECN, Ellipses Edition 2005. Page 41.*

⁴⁸ GOUVERNEMENT, (2016), *La loi de santé*, page consultée le 20 08 2018, <https://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>.

De plus, on observe une **très grande fréquence de l'hospitalisation en urgence chez les résidents en EHPAD**. Selon la thèse de Mme Céline ROYER-PONCIN, écrite en 2015, « *les Urgences apparaissent comme le lieu où toutes les craintes exprimées pouvaient être soulagées* »⁴⁹. Pour les résidents en EHPAD, la conduite aux Urgences peut être aussi expliquée par un besoin de soulagement immédiat, une prise en charge rapide face à une angoisse insurmontable, la crainte d'une aggravation de l'état de santé ou encore la violence d'un résident à l'endroit du personnel. Dans son **rapport annuel de 2016**, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) indique que l'hospitalisation des résidents se fait par le biais des **urgences** dans **64 % des cas**⁵⁰. S'agissant du personnel de nuit, les EHPAD ne disposent pas de poste d'infirmière. En conséquence, il n'y a pas de continuité des soins infirmiers, sauf exception.

⁴⁹ ROYER-PONCIN, Céline. *L'ANGOISSE PLUS FORTE QUE LA RAISON ? (Analyse de la trajectoire de soins des patients consultant aux Urgences de Maubeuge pour un motif ambulatoire : quels sont les facteurs déterminants de cette consultation ?)*, 217 pages. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université du Droit et de la Santé – Lille 2, Faculté de Médecine Henri Warembourg - Lille, 2015.

⁵⁰ CNAMTS, (2016), Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017, juin, 169 pp.

B. Dispositif de télémédecine en EHPAD

1. Quelles pathologies pour quelles pratiques ?

Les résidents en EHPAD présentent des pathologies du sujet âgé⁵¹. Ce sont en général :

Tableau 5 : Pathologies

LES PATHOLOGIES DU SUJET ÂGE					
Les escarres	La maladie de HORTON	L'Ostéoporose,	Les chutes chez la personne âgée,	La douleur chez la personne âgée,	L'épilepsie du sujet âgé,
La démence- Maladie d'Alzheimer	Maladie de Parkinson	La constipation	La dénutrition chez la personne âgée	L'accident vasculaire cérébral constitué,	L'accident ischémique transitoire,
L'anémie chez la personne âgée,	La dépression chez la personne âgée,	Les infections urinaires chez la personne âgée,	L'incontinence urinaire chez la personne âgée,	L'Hypertension Artérielle (HTA) chez la personne âgée,	L'insuffisance cardiaque chez la personne âgée.

Source : BAKHOUM, S., *GERIATRIE, LE CARNET DE STAGE MEDICAL (P2, D1, EXT, INT)*, Sarah BAKHOUM, Editions Vernazobres – Grego.

Tableau conçu par nos soins sur la base des informations de l'ouvrage.

On distingue parmi les pathologies fréquentes en EHPAD, les accidents vasculaires cérébraux, les insuffisances cardiaques et rénales, le diabète, les plaies chroniques, l'hypertension artérielle, les démences, les troubles psychiatriques, la dépression. On note une forte proportion de pathologies neurodégénératives Maladie d'Alzheimer ou Maladie

⁵¹ BAKHOUM, Sarah. *GERIATRIE, LE CARNET DE STAGE MEDICAL (P2, D1, EXT, INT)*, Editions Vernazobres – Grego.

Apparentée (MAMA) et de troubles du comportement. Les soins palliatifs sont très présents pour les douleurs et les fins de vie. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont aujourd'hui, en France, la 1ère cause de handicap, la 2ème cause de démence et la 3ème cause de mortalité⁵². Par ailleurs les résidents en EHPAD cumulent en moyenne **8 pathologies**⁵³ dont les plus fréquentes⁵⁴ sont : l'hypertension artérielle (59% des résidents), un syndrome démentiel (54% des résidents) et des troubles du comportement (47% des résidents). La conséquence est une **polymédication** avec la prise journalière moyenne de **7 molécules par personne**⁵⁵ à accompagner en termes de modalités de prescription, de dispensation et d'administration par des professionnels de santé⁵⁶. Les 4 facteurs d'hospitalisation des personnes de plus de 75 ans sont la **iatrogénie** et le **défaut d'observance médicamenteuse**⁵⁷, la **dénutrition**, la **dépression** et les **chutes**⁵⁸. Les hospitalisations en provenance d'EHPAD publics ou privés non lucratifs concernent une moindre proportion de leurs résidents (38 % contre 44 % dans les établissements privés lucratifs) ... mais elles durent plus longtemps pour les patients issus d'EHPAD publics (22 jours par résident hospitalisé, contre 16 jours en moyenne pour les patients issus d'EHPAD privés lucratifs ou non)⁵⁹.

Les principales classes thérapeutiques utilisées en EHPAD⁶⁰ sont:

- Antidépresseurs : 32 %
- Anxiolytiques : 27 %
- Hypnotiques : 22 %
- Neuroleptiques : 15 %
- Régulateurs de l'humeur : 3 %

On a aussi des psychotropes, antibiotiques, médicaments à tropisme cardio-vasculaire, anti-inflammatoires, antidiabétiques, antithromboliques.

⁵² ANAP. *La télémédecine en action: 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national*. Tome 2: monographies.

⁵³ VERGER P., (2013), *La politique du médicament en EHPAD*, décembre, pp.11-27, 125 pp.

⁵⁴ Yara Makdessi et Nadège Pradines (DREES), (2016), *En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës*, décembre, 4 pp.

⁵⁵ VERGER P., (2013), *La politique du médicament en EHPAD*, décembre, pp.11-27, 125 pp.

⁵⁶ ARS RHONES-ALPES. *Sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sans pharmacie à usage intérieur*.

⁵⁷ HANON et JEANDEL, *Guide de Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées*.

⁵⁸ PROJET DE CAHIER DES CHARGES DES PROJETS PILOTES PAERPA.

^{59*} Enquête EHPA réalisée par la DREES et

l'INSEE sur l'année 2007. *IGAS, RAPPORT N°RM2011-113P 85

⁶⁰ VERGER P., (2013), *La politique du médicament en EHPAD*, décembre, pp.11-27, 125 pp.

La population des personnes de plus de 60 ans représente 50% des dépenses pharmaceutiques totales⁶¹ :

- La iatrogénie est directement responsable de : 5 à 10% des hospitalisations après 65 ans et 20% après 80 ans,
- et après 65 ans, les ordonnances comprennent dans : 60% des cas plus de 3 médicaments, 50% des cas plus de 4, dans 5 à 10% plus de 10.

Les actes de télémédecine les plus pratiqués en EHPAD selon nos recherches sont : la **téléconsultation** et la **téléexpertise**. Ces deux actes médicaux sont pratiqués sur certaines spécificités et pour des usages ciblés^{62 63}:

- Gériatrie,
- Plaies chroniques,
- Iatrogénie,
- Psychogériatrie,
- Soins palliatifs,
- Sortie d'hospitalisation,
- Demande d'hospitalisation.

2. Adéquation philosophie EHPAD et pratique de la télémédecine

Le maintien du lien humain est indispensable dans un EHPAD. L'accompagnement du résident passe par l'adaptation de la médicalisation :

- ✓ une équipe paramédicale pluridisciplinaire permet aux résidents de bénéficier d'une prise en soins globale, spécifique et adaptée ;
- ✓ les soins dispensés doivent permettre de préserver, de maintenir ou de rétablir l'autonomie du résident dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie, et d'offrir des soins d'hygiène et de confort, de qualité ;

⁶¹ CUDENNEC et FAUCHER, *Gériatrie (module5), T. CUDENNEC, N. FAUCHER, collection REUSSIR L'ECN, Ellipses Edition 2005. Page 41.*

⁶² DUBOIS et al., LAB 3 L'expérience de la télémédecine mise au service de la prise en charge des personnes âgées. CGS MATISS Nord et Pas-de-Calais, E-SIS 59/62 .

⁶³ CERVERA, Carole. *Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du Bassin de Muret*, 43 pages, Thèse : pour le diplôme d'Etat de docteur en Médecine spécialité Médecine Générale, Université Paul Sabatier – Toulouse III, 2014.

✓ le personnel est formé à l'accompagnement des personnes en fin de vie. Cette sensibilité particulière permet aux soignants d'avoir la posture la plus personnalisée possible dans ces moments difficiles, tant avec la personne âgée qu'avec sa famille et ses proches.

Les 3/4 de soins se font en EHPAD avec des équipes pluridisciplinaires, ce qui permet de connaître le résident et de définir un projet personnalisé et adapté à ses besoins. Il y a aussi une possibilité d'évolution des pratiques ou une réadaptation selon les cas. De ce fait, la télémédecine devient un outil d'aide aux équipes. La télémédecine s'applique bien aux résidents en EHPAD, qui sont des patients fragiles ayant peu de possibilité de déplacement, avec des pathologies pouvant a priori se traiter à distance (grâce à la transmission des examens, de données cliniques, de photos ou vidéos...)⁶⁴. La télémédecine donne du sens au soin dans un environnement où le souci perpétuel est de garder le résident dans un environnement familial, de bien l'entourer en lui permettant d'être moins perturbé et de garder autant que possible son autonomie. La télémédecine permet aussi au résident d'avoir accès aux spécialistes sans avoir à se déplacer et sans que ces derniers ne soient obligés de venir dans l'établissement.

Le rapport préalable précise les 4 *conditions de recours à la téléconsultation*⁶⁵. La téléconsultation peut intervenir dans les 4 cas suivants :

- soit dans le cadre d'une téléconsultation de diagnostic visant à proposer un plan de prise en charge en lien avec le médecin traitant ;
- soit dans le cadre d'un acte prévu et programmé aux termes du plan de prise en charge mis en place avec le patient en lien le cas échéant avec l'ALD du patient ;
- soit dans le cadre d'un acte non prévu et non programmé dans le cadre du plan de prise en charge mis en place avec le patient. Dans ce cas, la téléconsultation est réalisée sur la base d'une prescription établie par le médecin traitant ;
- soit dans le cadre de l'urgence après appel de régulation au centre 15 pour les suspicions de pathologies ou situations suivantes et pour les seuls patients résidents en

⁶⁴ DUBOIS, Caroline, Pierrick PENVEN, Vincent COULIER, et Karl OPSOMER. LAB 3 L'expérience de la télémédecine mise au service de la prise en charge des personnes âgées. CGS MATISS Nord et Pas-de-Calais, E-SIS 59/62, s. d. <https://docplayer.fr/39610201-Lab-3-l-experience-de-la-telemedecine-mise-au-service-de-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-directeur-de-l-ehpad-les-charmilles.html>.

⁶⁵ HAS. Rapport préalable. Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine-Article 36 de la LFSS 2014. septembre 2016, 62p.

EHPAD : infarctus du myocarde, arythmies cardiaques, anomalies de la glycémie et troubles anxio-dépressifs de la personne âgée.

Le cahier des charges constitue le deuxième volet des expérimentations mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014⁶⁶. Il concerne la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise de :

- Patients résidant en structure médico-sociale ;
- Patients présentant une Affection de Longue Durée (ALD), le motif de recours devant être en lien avec la pathologie pour laquelle le patient s'est vu accorder le statut d'ALD. Pour ces types de patients, seuls seront éligibles ceux ne faisant pas l'objet d'une hospitalisation.

La pratique de la télémédecine en EHPAD nécessite une forte implication du médecin coordonnateur, du médecin traitant, de la direction et de toutes les équipes pluridisciplinaires impliquées dans l'accompagnement du résident pour une meilleure continuité des soins.

Ainsi, l'ARS a lancé un appel à projet « télémédecine » en 2013 qui a accompagné 10 nouveaux projets en région autour de la prise en charge des maladies chroniques et de l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social. Parallèlement, le plan national de télémédecine lancé par la DGOS a permis la généralisation de projets structurants (téléexpertise et AVC) ainsi que la mise en place de dispositifs innovants (télémédecine et territoires insulaires).

L'Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux (ANESM)⁶⁷ préconise le lien entre EHPAD, résidents et familles. Elle est en train de basculer vers l'HAS, donc vers probablement plus de sanitarisation en médico-social. La question qui se pose est : que privilégier ? Soins ou accompagnement social ? Or, la plupart du temps, on reproche à l'hôpital d'être moins humain⁶⁸.

⁶⁶ LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 (1).

⁶⁷ L'ANESM a rejoint la HAS depuis le 1^{er} avril 2018.

⁶⁸ Le QUANG Agnès, *Remplacer l'humanité au cœur du soin*. Publié le 26.03.14 et mise à jour le 28.03.14, [consulté le 03.09.18]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/ethique-et-soins/remplacer-humanite-au-coeur-du-soin.html>

Etant donné que la médicalisation va se poursuivre, donc, oui à la sanitarisation mais le résident en EHPAD recherche un accompagnement individualisé et social et de l'écoute. Le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou téléexpertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a été publié par arrêté du 28 avril 2016. Il concerne « *la prise en charge par téléexpertise ou téléconsultation au bénéfice des patients présentant une ou plusieurs affections de longue durée ou résidant en structure médico-sociale* »⁶⁹.

C. Quelques expérimentations de télémédecine en EHPAD

De notre revue de littérature, bien que l'application de la télémédecine en EHPAD soit toute nouvelle, quelques expérimentations concrètes ont été déjà menées ou sont en cours dans certains EHPAD en France. Voici donc récapitulées dans le tableau quelques-unes.

Tableau 6 : Expérimentations en EHPAD

ARTICLES ET DOCUMENTS	PROJETS ET RESULTATS
Salles, N. (2013). Consultation de télémédecine pour les personnes âgées posant les problèmes de plaies chroniques notamment à type d'escarres. La Recherche Européenne en Télémédecine ; Nov2013, Vol.2 Issue 3/4, p93-100, 8p	6 EHPAD en Gironde et Dordogne, 51 téléconsultations pour le suivi d'escarres (57,9%), les ulcères trophiques (26,3%) et les plaies traumatiques (15,8%). La télémédecine améliore de manière significative les cicatrises des plaies et diminue les dépenses en pansements. Sans ces téléconsultations, les médecins généralistes auraient adressé leurs patients en consultation spécialisée dans 31,6% des cas et en hospitalisation de jour dans 47,4% des cas.
Caubet, C.C., Salles, N., Baudon, M.P. (2017). Dispositif organisationnel original de déploiement de la télémédecine en EHPAD : une cellule régionale interface entre établissements et centres experts. La Recherche Européenne de la Télémédecine ; Apr2017, Vol.6 Issue 1, p40-40,1p	L'ARS Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes en lien avec le GCS TSA ont mis en place une cellule régionale. Elle est composée d'un secrétaire et d'un médecin et simplifie la démarche administrative et l'intégration de nouvelles structures dans le dispositif. En 18 mois, 200 consultations spécialisées réalisées et 22 hospitalisations évitées.

⁶⁹ HAS. *Rapport préalable. Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine*-Article 36 de la LFSS 2014. septembre 2016, 62p.

<p>Giraudeau, N., Valcarcel, J., Tassery, H. et al. (2014). Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD. La Recherche Européenne en Télémedecine ; Jun2014, Vol.3 Issue 2, p51-56, 6p</p>	<p>12 EHPAD de la région Languedoc-Roussillon (600 patients) vont bénéficier de 2 téléconsultations bucco-dentaires asynchrones avec 6 mois d'intervalle. Donc une expérimentation de télémedecine en Odontologie.</p>
<p>Bismuth, S., Etchart-Combes, E., Découard, P., Soto, M. et al. (2015). La télémedecine : une nouvelle pratique en médecine générale pour la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement du patient dément. Les Cahiers de l'Année Gérontologique ; Mar2015, Vol.7 Issue 1, p37-43, 7p</p>	<p>Un an de téléconsultations de patients déments en EHPAD à Toulouse et présentant tous un ou plusieurs troubles du comportement. 16 séances (11 patients différents), 75% proposent une ou plusieurs nouvelles mesures de soins non médicamenteuses.</p>
<p>Lafargue, A., Barateau, M., Bourdin, N. et al. (2017). Télémedecine en EHPAD-le projet Aquitain : bilan d'activités à 16 mois et nouvelles perspectives. La Recherche Européenne en Télémedecine ; Apr2017, Vol.6 Issue1, p41-41,1p</p>	<p>312 actes de télémedecine réalisés dont 120 télésuivis, 94% de téléconsultations, 6% de téléexpertises. 24 % de demandes concernaient des troubles du comportement chez le patient dément, 15% la psychiatrie, 31% les plaies complexes, 2% les soins palliatifs, l'hypertonie déformante acquise et la dermatologie. Dans 63% des cas un avis spécialisé a été évité, 14% un hôpital de jour et dans 7% des cas une hospitalisation. Les propositions du centre expert concernaient un diagnostic (13% des cas), une adaptation thérapeutique médicamenteuse (85% des cas), une adaptation non médicamenteuse (40% des cas). Et dans 44% des cas, des prescriptions anticipées étaient réalisées.</p>
<p>Lafargue, A., Prigent, A.M., Libert, K., Salles, N. (2017). Télémedecine en EHPAD, le projet Aquitain : nouvelles perspectives. La Recherche Européenne en Télémedecine ; Apr2017, Vol.6 Issue 1, p45-45, 1p</p>	<p>Une évaluation de la satisfaction du projet a été réalisée en mai 2016 auprès des 32 EHPAD concernés, à 16 mois d'activité. 20 EHPAD ont répondu. Délai d'obtention du RDV très satisfaisant à 68% et satisfaisant à 32%. Durée de téléconsultation très satisfaisante à 63% et satisfaisante à 37%. Réponse apportée par le centre expert jugée très satisfaisante à 68% et satisfaisante à 32 %. 16 % des centres requérants évaluent à 100% le suivi des propositions, pour 68% le suivi est estimé entre 75-99% et pour 16% entre 50-75%. Les recommandations les moins suivies concernent essentiellement l'arrêt des psychotropes.</p>
<p>Dubois, C., Penven, P., Coulier, V., OPSOMER, K. LAB 3-L'expérience de la télémedecine mise au service de la prise en charge des personnes âgées [en ligne]. GCS MATISS Nord-Pas de Calais et e-SIS 59/62, 2017. [consulté en août 2018]. Disponible sur : DocPlayer [en ligne]</p>	<p>Une expérimentation ARS sur 3 ans sur 3 pilotes, avec GCS MATISS et e-SIS, reconduite pour 1 an de plus.</p> <p>*Lille : CHRU Lille, 8 EHPAD, 1 HAD.</p> <p>*Cambrésis : CH Cambrai, 3 EHPAD, 1 SSR, 1 SSIAD.</p> <p>*Valenciennois : CH Valenciennes, CH Denain, 8 EHPAD.</p>

<p>https://docplayer.fr/39610201-Lab-3-l-experience-de-la-telemedecine-mise-au-service-de-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-directeur-de-l-ehpad-les-charmilles.html</p>	<p>Pour le Directeur de l'EHPAD Les Charmilles (Valenciennois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> >Résident : Suivi médical optimisé, meilleur accès aux soins, accès rapides aux spécialistes et comptes-rendus immédiats. >Familles : implication dans le projet de soins. >Professionnels : consultation pluriprofessionnelle (meilleure coordination) optimisée, harmonisation des pratiques et déplacements équipe mobile évités. >Système de santé : diminution des hospitalisations et coûts des transports, meilleure qualité de l'accompagnement et des soins des résidents.
<p>Parcours de santé des aînés- Des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée. (05 Décembre 2017). PAERPA</p>	<p>Avec un axe fort sur l'iatrogénie. Bonne participation des résidents avec ressenti positif, implication des soignants, nombre de demandes de téléconsultations en nette augmentation.</p>
<p>La télémédecine au service des EHPADs en Normandie. (publié le 30 août 2018, consulté le 03 septembre 2018). https://www.urml-normandie.org/14303-la-telemedecine-au-service-des-ehpads-en-normandie/</p>	<p>À compter du 15 septembre 2018, la télémédecine sera prise en charge par la sécurité sociale et généralisée sur le territoire français. L'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Normandie et le groupe normand Hom'Age innovent en proposant une nouvelle offre de soins destinées aux personnes âgées dépendantes dans 2 EHPADs du Calvados. Ce sont les EHPAD de la Résidence TOPAZE à Dozulé et celui de la Résidence Les Deux Fontaines à Fontenay-Le-Pesnel ont organisé leur première téléconsultation en juin dernier. Les téléconsultations concernent les spécialités suivantes : cardiologie, ORL, dermatologie, psychiatrie, gériatrie, oncogériatrie, néphrologie, diabétologie, anesthésie et douleurs. Elles sont assurées par 25 médecins spécialistes des établissements de santé suivants : la Polyclinique du Parc et l'Hôpital Privé Saint Martin à Caen, la Clinique du Cèdre à Bois-Guillaume, la Clinique Océane au Havre, la Clinique Mégival à Saint-Aubin-sur-Scie.</p>

Tableau conçu par nos soins sur la base de la lecture d'articles scientifiques

III. Retours de professionnels

Nous avons présenté la télémédecine et les EHPAD dans leurs contextes avec les différents enjeux. Ces deux premières parties de notre travail ont eu pour bases nos recherches littéraires. Nous allons dans cette dernière partie examiner les pratiques sur le terrain et les confronter aux recherches littéraires afin de relever concrètement les apports et les limites de la pratique de télémédecine en EHPAD. Nous pourrions de ce fait, répondre à nos questionnements de départ. Cette partie pourra également éclairer de futurs établissements qui seraient intéressés par la mise en place d'un projet de télémédecine. De nos différentes réflexions et des recherches documentaires menées, il nous paraissait indispensable de recueillir sur le terrain, auprès des professionnels des informations sur l'EHPAD afin de mieux comprendre sa philosophie et son fonctionnement ainsi que la pratique de télémédecine en EHPAD. Il nous fallait aussi des éléments pour appuyer ou conforter nos arguments sur la télémédecine et la médicalisation en EHPAD.

A. Entretiens de professionnels

Nous avons mené au total cinq entretiens. Nous avons distingué deux groupes : un premier groupe constitué d'EHPAD réalisant des actes de télémédecine et un deuxième groupe constitué de professionnels exerçant en EHPAD, USLD et SSR afin de pouvoir prendre en compte toutes les problématiques liées à la prise en charge de la personne âgées. Le but était également de recueillir les avis de ceux qui ne pratiquent pas encore la télémédecine sur la thématique. Pour le premier groupe, nous avons mené deux entretiens, un auprès d'un Directeur d'EHPAD et l'autre auprès d'une infirmière en EHPAD, Référente télémédecine. Leurs deux EHPAD participent au Projet « La Télémédecine au service des personnes âgées dans le Nord-Pas de Calais » et font partie du réseau d'acteurs de proximité du Valenciennois. Nous avons aussi eu trois autres entretiens. D'abord avec un médecin coordonnateur en EHPAD et en USLD qui est à la fois médecin traitant pour tous les résidents de son EHPAD. Ensuite avec un Praticien Hospitalier Gériatre exerçant en EHPAD, USLD et SSR. Et enfin avec un Cadre de santé en EHPAD, USLD et SSR.

Ainsi, sur la base des échanges, nous avons conforté notre réflexion, confronté leurs retours aux apports de la Télémédecine mentionnés dans les parties précédentes afin de déterminer les apports et les limites concrets de la télémédecine. Fort de ces éléments, nous pourrions répondre à notre questionnement de départ qui est de savoir si la télémédecine permet une médicalisation adaptée en EHPAD et facilite un accès aux soins des résidents.

1. Méthodologie des entretiens

Il s'agit d'une « enquête par entretiens à usage exploratoire », au sens d'Alain BLANCHET et d'Anne GOTMAN. Ces entretiens ont pour fonction de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en lumière les aspects auxquels nous ne pouvons penser spontanément en tant que chercheur⁷⁰.

Personnes interviewées

A travers nos recherches, nos contacts et l'aide de notre Directrice de mémoire, nous avons contacté et pris rendez-vous avec les professionnels cités précédemment. Le choix a été fait en tenant compte de leurs domaines de compétence et de leurs expertises du domaine (Annexe II-1). L'information concernant les modalités du mémoire a précédé les entretiens et nous avons aussi obtenu l'accord des personnes pour faire figurer leurs noms, postes et établissements selon notre bon vouloir. Nous avons également obtenu la permission de leurs parts d'utiliser un dictaphone lors de l'entretien et de diffuser en annexes les documents reçus. Les entretiens ont eu lieu de manière individuelle, leur durée a varié de 45 minutes à 01 heure 30 minutes. Nous avons effectué deux visites de salles dédiées à la télémédecine au sein des deux EHPAD (Annexe IV). Il n'y a aucune clause de confidentialité ni de restriction dans les éléments à faire figurer dans le mémoire.

⁷⁰BLANCHET, Alain, et GOTMAN, Anne. *L'entretien*. Édité par François de Singly. Paris, France: Armand Colin, 2007.

Limite des entretiens menés

Nous avons choisi de faire une synthèse des entretiens sans reporter forcément mot pour mot ceux-ci. Nous avons cependant fait une synthèse presque fidèle. L'étude s'est basée sur un échantillon de cinq professionnels et ne saurait donc être représentative de l'ensemble du secteur concerné. De même, nous avons restreint notre zone au Nord – Pas de Calais compte tenu de l'existence des projets de télémédecine en EHPAD mais aussi de notre lieu de résidence. Par ailleurs, nous n'avons interviewé que deux EHPAD sur les huit du réseau de proximité du Valenciennois.

2. Recueil et analyse de données

Trois grilles d'entretien ont été conçues par nos soins et validées par notre Directrice de mémoire ([Annexes II-2, II-3 et II-4](#)) afin de favoriser un « discours » découverte. Elles ont été élaborées sur le modèle d'un guide thématique comprenant les différents thèmes et permettant la relance. Les items n'ont pas été systématiquement abordés dans l'ordre défini par la grille. Ainsi, nous avons une première grille pour la direction de l'EHPAD, une seconde pour le médecin coordonnateur ou l'infirmière coordonnatrice et une dernière pour les personnes exerçant en EHPAD, USLD et SSR mais ne pratiquant pas de la télémédecine. Nous avons délibérément choisi d'utiliser les éléments des entretiens pour étayer nos propos, aussi bien dans le développement du mémoire que dans la dernière partie qui va suivre.

B. Dispositif expérimental de télémédecine

1. Ressources et financement

a) Ressources

Les conditions de mise en place d'un projet de télémédecine en EHPAD et les différents engagements des parties prenantes au projet sont définies dans une convention attributive de subvention EHPAD – Télémédecine. Elle organise les relations entre l'ARS et l'EHPAD dans le cadre du projet expérimental, engage sur les objectifs communs

définis et les actions à mettre en œuvre en conformité avec ce qui a été acté dans le cadre de la lettre d'engagement du 25 juin 2014, adressée à la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé⁷¹. Une enveloppe existe pour financer la mise en place des projets de télémédecine en EHPAD mais ne couvre pas tous les besoins. Elle couvre la mise en place de la salle dédiée à la télémédecine, le matériel nécessaire et le réseau. Mais c'est l'EHPAD initiateur, qui se charge de trouver les ETP (Equivalent Temps Plein) disponibles pour la télémédecine, c'est-à-dire du temps humain nécessaire, du temps d'accompagnement et du temps dédié aux actes de télémédecine (Annexes III-1 et III-2). Par exemple, actuellement, c'est le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur qui prépare(nt) le dossier médical ; une personne formée et dédiée à cette tâche fournira un gain de temps pour les médecins et sera un élément de motivation pour les médecins traitants dont la majorité reste prudente et réticente à la pratique de la télémédecine en EHPAD. Parce que le problème demeure dans le fait que les médecins traitants gardent leurs prérogatives sur leurs patients, résidents d'EHPAD et il faut donc leur accord avant tout acte de télémédecine.

b) Financement

Les conditions de détermination du coût de l'action sont définies dans la convention signée entre l'ARS et l'EHPAD dans son Article 4. Le coût global éligible sur la durée totale de la convention est évalué à **22 000 euros**, conformément au budget prévisionnel. Les coûts à prendre en considération comprennent tous les coûts occasionnés par la mise en place de l'action conformément au dossier de demande de subvention. Le financement est destiné à couvrir pendant **trois ans** :

- Les charges d'abonnement et de raccordement au réseau haut débit,
- Les charges de droit d'usager et de maintenance des équipements et des logiciels de télémédecine.

L'ARS contribue financièrement pour un montant prévisionnel de **22 000 euros**, équivalent à **100% du montant total estimé des coûts éligibles** considérés plus haut. La contribution financière sera créditée au compte de l'EHPAD selon les procédures comptables en vigueur. Une évaluation est prévue dans un délai de **six mois**, suivant le terme de la convention l'EHPAD s'engage à fournir le compte rendu financier des actions.

⁷¹ CERVERA, Carole. *Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du Bassin de Muret*, 43 pages, Thèse : pour le diplôme d'Etat de docteur en Médecine spécialité Médecine Générale, Université Paul Sabatier – Toulouse III, 2014.

L'ARS procède à l'évaluation des conditions de réalisation de l'action à laquelle elle a apporté son concours sur un plan quantitatif comme qualitatif.

Le décret de télémédecine, dans la section 3 de son article 1, décrit d'une part les dispositions de contractualisation entre l'ARS, les professionnels de santé libéraux ou les organismes mettant en place des activités de télémédecine, et d'autre part les conventionnements entre organismes et professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine⁷². Ces dispositions sont obligatoires pour toute activité de télémédecine depuis avril 2012. C'est pourquoi l'ARS et le GCS e-santé Picardie (maîtrise régionale des projets de Télésanté), ont élaboré, conformément au « Guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine » publié par le DGOS fin 2011, des modèles de contrats et de conventions qui ont été adaptés aux activités déjà existantes de la région.

L'analyse des projets permet de constater qu'un projet de télémédecine suit, en trois grandes phases, le schéma classique d'un projet de système d'information :

- une phase de recueil des besoins et de définition des processus cibles ;
- une phase d'installation et de test sur un périmètre pilote ;
- une phase de déploiement et de montée en charge.

Une phase d'évaluation est parfois envisagée selon la maturité et la conscience des acteurs des besoins en la matière.

c) Projet de télémédecine

La mise en place de la télémédecine nécessite la mobilisation de tous les acteurs, avec la constitution d'une équipe socle pluridisciplinaire porteuse du projet constituée au sein du comité de pilotage. Tous les acteurs sont mobilisés et concertés lors des diverses réunions afin d'organiser la mise en place du projet. Pour y arriver, il faut : des réunions, des ressources techniques, administratives et financières permettant la mise en place du matériel nécessaire à la pratique des actes de télémédecine dans les EHPAD pilotes et des établissements de santé référents ainsi que la formation des utilisateurs du matériel.

⁷² PRT. *Programme Régional de Télémédecine*, s. d.

- Réunions :

De l'équipe socle ou du comité de pilotage, avec l'ARS et les Groupements de Coopération Sanitaire ou Groupements de Territoire ; des réunions spécifiques techniques et des réunions d'information vers les professionnels de santé.

- Le matériel et la logistique :

La pratique de la télémédecine nécessite une installation matérielle spécifique dans l'EHPAD concerné et dans les établissements de santé, composée d'un ordinateur simple écran, un clavier, souris, webcam haute définition pour visioconférence, micro et haut parleur, lecteur de carte CPS = Carte de Professionnel de Santé, un routeur VPN = Virtual Private Network, une caméra-appareil photo mobile.

- ✓ Le service de visioconférence multisite
- ✓ Les équipements terminaux télémédecine dans les établissements
- ✓ Le réseau Télécom Santé Régional
- ✓ La formation des utilisateurs

- Au sein de l'EHPAD :

L'inscription de la télémédecine dans le projet d'établissement avec des avenants et d'autres documents ([Annexe V](#)), l'information et la formation du personnel à cette nouvelle pratique, la description d'un acte de télémédecine de la décision à la réalisation, l'organisation d'un acte.

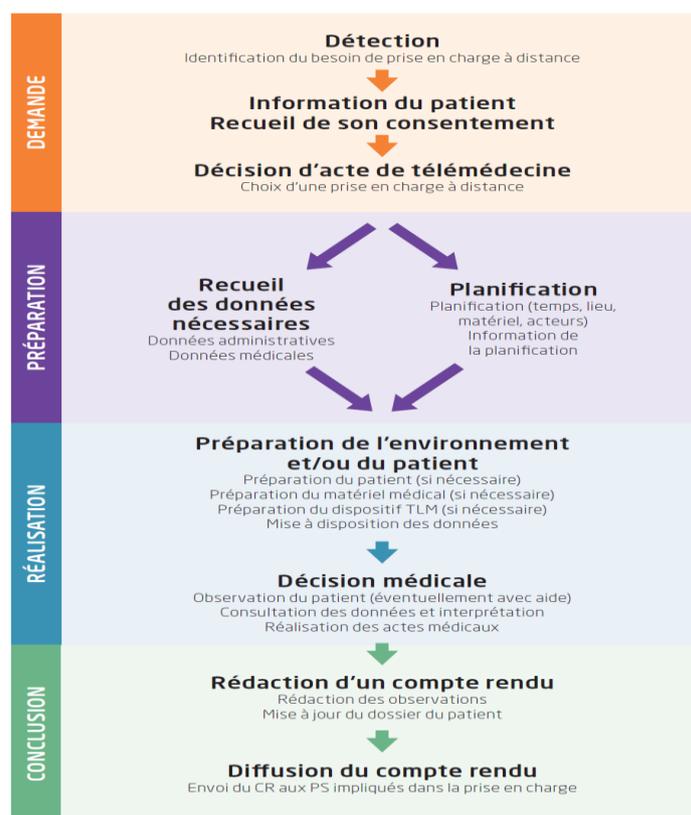


Figure 4 : Le processus générique de réalisation d'un acte de télémédecine. (Cf. ANAP. La télémédecine en action. Construire un projet de télémédecine. Février 2016)

2. Les avantages de la télémédecine

Les professionnels s'entendent pour reconnaître que la télémédecine apporte des changements positifs à l'accompagnement et à la prise en charge des soins des résidents en EHPAD. A la fois les professionnels, le résident, les familles, l'EHPAD et le système de santé sont tous gagnants.

Pour les professionnels

Ce qui semble extrêmement favorable selon la majorité des professionnels, est l'accès plus rapide aux spécialistes, quand on connaît les délais longs pour obtenir un rendez-vous chez le spécialiste. Les rendez-vous sont obtenus généralement sous **un à trois jours** pour les soins palliatifs et la psychogériatrie, de un à quatorze jours pour les réévaluations thérapeutiques (Annexe III-1). Avant la télémédecine, il fallait compter une semaine voire plus pour que l'équipe mobile vienne dans l'établissement, et pour une consultation en psychogériatrie ou psychiatrie souvent quinze jours voire un mois.

Il y a une très grande réactivité de la part des équipes mobiles, ce qui améliore effectivement l'accès aux soins. Au début trente minutes pour **remplir et soumettre la demande**, aujourd'hui **vingt minutes** (Annexes III-1 et III-2). En **moyenne une consultation de télémédecine dure trente minutes** mais au début parfois quarante et cinq minutes (Annexes III-1).

On note aussi une amélioration de la collaboration entre professionnels de santé pour la réalisation d'actes. Il naît une excellente collaboration entre professionnels, des échanges professionnels riches et pertinents et une bonne évolution dans les pratiques professionnelles. Il arrive souvent que les professionnels de l'hôpital ayant une formation spécifique partagent leurs conseils et protocoles avec les équipes de l'EHPAD, leur donnant ainsi des outils pour de futures prises en charge. C'est le cas pour les soins palliatifs ou les pansements complexes (Annexes III-1 et III-2). De même, les équipes mobiles ont souvent une grande connaissance de toutes les nouveautés qui font leurs preuves et les soumettent aux équipes de l'EHPAD. L'on améliore les pratiques professionnelles de ce fait. On note également une harmonisation des pratiques professionnelles. Pour les équipes mobiles, il y a une optimisation du temps médical puisqu'elles ne se déplacent plus, donc les déplacements sont évités. De même pour les autres médecins traitants et spécialistes, il y a un gain de temps médical.

Pour le résident

La télémédecine permet d'optimiser la qualité de la prise en charge des résidents à travers une optimisation des prescriptions et du suivi médical. Pour le résident, les déplacements fatigants et d'ambulances sont évités, pas d'attentes avant la consultation permettant d'éviter la désorientation et l'énervement de la personne âgée et donc plus de temps pour l'accompagnement en institution. Les actes de téléconsultation ou de téléexpertise permettent d'obtenir des comptes rendus très rapides permettant une réactivité en cas de besoin et une continuité des soins. L'accès aux soins et aux compétences spécifiques est plus rapide.

Pour les familles

Avec la télémédecine, les EHPAD peuvent œuvrer pour une meilleure implication des familles dans le projet de soins de leurs proches. Elles sont heureuses de savoir qu'il y a d'autres avis (Annexe III-2). Les familles participent activement, sont rassurées et se sentent beaucoup plus associées à l'accompagnement de leurs proches.

Pour l'EHPAD

La télémédecine représente une solution pertinente car elle permet d'apporter des solutions contre l'éloignement des médecins au sein des EHPAD. Elle permet d'une part de rapprocher patients et médecins au-delà des barrières géographiques et sociales et d'autre part l'accès aux soins pour une santé accessible à tous.

La télémédecine optimise les ressources et pallie l'absence d'offre de soins sur certains territoires. Dans les structures de soins de proximité, la communication à distance d'avis complémentaires permet par exemple d'éviter les transferts inutiles vers d'autres établissements. Eventuellement, si l'EHPAD détache un professionnel pour aller en consultation avec un résident, cela prend du temps, évidemment.

Pour le système de santé

La télémédecine permet d'éviter les déplacements pénibles et coûteux pour les résidents (**40 déplacements évités sur 67** : soit un déplacement en ambulance, soit un déplacement d'équipes mobiles évité). Elle permet d'optimiser le temps médical, la logistique et les véhicules indispensables pour les déplacements. Et il y a une plus-value pour la Sécurité Sociale à travers la diminution des déplacements ambulants soit en VSL soit allongé. Elle contribue donc à une meilleure organisation des soins, laquelle améliore le service rendu aux patients. '*A ce jour l'amélioration de l'accompagnement est difficile à mesurer*' (Annexe III-1).

En Midi-Pyrénées, ils ont ainsi **réduit de 50 % les transferts de patients**. Pour les pathologies chroniques, la télémédecine prévient les complications et les hospitalisations, grâce à une surveillance à distance et à un suivi régulier au domicile ou en institution des patients. Au Canada, la télésurveillance des insuffisants cardiaques a ainsi fait chuter en quatre ans le **nombre moyen de jours d'hospitalisation de 12 à 4 par an**⁷³.

⁷³ SIMON, « Les-enjeux et développement de la télémédecine. »

A travers la pratique de télémédecine, les parcours de soins sont optimisés par l'obtention de plusieurs avis de professionnels et une optimisation des hospitalisations. Malheureusement, les EHPAD n'arrivent pas encore vraiment à utiliser comme il faut ce volet à cause essentiellement de problèmes techniques. La majorité des hospitalisations se fait quand même en « Court Séjour gériatrique » et là, les équipes mobiles n'interviennent pas.

3. Les limites de la pratique

Au-delà des avantages énumérés concernant les pratiques de la télémédecine, il existe quelques freins qui peuvent entraver la bonne réalisation des actes de télémédecine et démotiver certains avant même leur décision de s'y engager.

Bien que bénéficiant d'un financement initial par les ARS, il n'existe actuellement aucune visibilité à long terme quant au financement pérenne d'un projet de télémédecine. Par ailleurs, la valorisation et la rémunération des actes restent complexes à ce jour. De plus, l'implication de plusieurs professionnels de santé lors d'un même acte rend les bases de tarification difficiles à établir^{74 75}. Ce problème provient de l'absence de la standardisation des réseaux et d'un modèle médico-économique clairement validé, chaque projet répondant à une situation spécifique.⁷⁶ En 2014, Mme Carole CERVERA soutenait cette idée, dans sa thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine où elle présentait la naissance de la télémédecine dans les EHPAD du bassin de Muret notamment pour trois EHPAD pilotes dans le projet de télémédecine (Résidence le Barry et Résidence Marie-Antoinette à Muret et Résidence L'Autà à Portet-sur-Garonne).

Il y a certes une avancée en ce qui concerne le déploiement national de la télémédecine. Cependant, les évaluations restent disparates, compte tenu de l'aspect expérimental des projets en cours. Nous aurions souhaité avoir des statistiques sur le nombre d'EHPAD utilisant la télémédecine et tous les résultats obtenus en France, mais beaucoup de projets sont encore en phase expérimentale.

⁷⁴ Figure 3 : tarification de la télémédecine pour les actes de téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance.

⁷⁵ HAS. *Rapport préalable. Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine*-Article 36 de la LFSS 2014. septembre 2016, 62p.

⁷⁶ CERVERA, Carole. *Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du Bassin de Muret*, 43 pages, Thèse : pour le diplôme d'Etat de docteur en Médecine spécialité Médecine Générale, Université Paul Sabatier – Toulouse III, 2014 .

“A ce jour, l’amélioration de l’accompagnement est difficile à mesurer” (Annexe III-1).

Nous pouvons énumérer entre autres problèmes :

- ✓ La nouveauté du dispositif pouvant engendrer des difficultés d’appropriation de l’outil (Annexe III-1) ; parfois des problèmes techniques liés au réseau (Annexe III-2) et aux utilisateurs ;
- ✓ La pratique de la télémédecine peut parfois sembler chronophage (Annexe III-2) quand l’on considère le temps de saisie de données à intégrer dans le temps de travail et les problèmes de personnels et d’absentéisme. Néanmoins, ceux qui pratiquent trouvent que c’est presque équivalent à ce qui se fait habituellement sans la télémédecine (Annexe III-1) ;
- ✓ En ce qui concerne la réalisation des actes de télémédecine, on note parfois quelques problèmes de coordination entre différents personnels, la non-disponibilité et non-participation des médecins traitants (Annexe III spécialement Annexes III-3 et III-4) ;
- ✓ Certains résidents ont des troubles visuels et auditifs qui exigent une reformulation des propos du médecin situé de l’autre côté de l’écran (Annexe III-1) ;
- ✓ Il y a également un besoin pour le médecin spécialiste et le médecin traitant de faire confiance à l’infirmière et à son jugement pour certains cas lors des actes de télémédecine (Annexe III).

Freins juridiques

Il est important de définir clairement les rôles de chaque intervenant dans l’acte de télémédecine afin de prévenir le risque contentieux en cas de transfert de compétences (médecins vers auxiliaires médicaux) et de définir les obligations des tiers technologiques. Les professionnels de santé qui participent à un acte de télémédecine doivent être en situation d’exercice légal de leur profession et couverts par une assurance en responsabilité civile professionnelle. Or, actuellement, **il leur est juste conseillé**⁷⁷ d’informer l’assureur qui pourra, le cas échéant, rédiger un avenant au contrat d’assurance précisant la pratique de la télémédecine, ce qui génère une certaine appréhension.

⁷⁷ Direction Générale de l’Offre de Soins (DGOS). Télémédecine et responsabilités juridiques engagées. 2012.

Freins financiers

La complexité de la rémunération des activités de télémédecine⁷⁸ représente un frein pour l'implication et l'appropriation du dispositif par les médecins généralistes qui sont les médecins traitants des résidents d'EHPAD. Pour pouvoir mettre en place un projet de télémédecine, l'EHPAD doit être un peu modernisé, avoir un certain équipement spécifique et être doté en haut débit, ce qui peut représenter un coût non négligeable.

Selon la thèse de Mme Carole CERVERA écrite en 2014⁷⁹, pour la mise en place de la télémédecine, le prix médian d'une configuration est estimé à hauteur de 7300 €. Et si la Région est insuffisamment dotée en haut débit, d'autres coûts afférents s'ajoutent (entre 2500€ et 4700€ TTC de frais annuels de fonctionnement). Les coûts relatifs à la maintenance des équipements, l'abonnement réseau et l'assurance des équipements sont à la charge des établissements.

C. Perspectives

La pratique de la télémédecine en général implique plusieurs professionnels et outils. De ce fait, la communication et la transmission des informations doivent être fluides et claires afin d'éviter des confusions, des erreurs et des frustrations. La mise en place d'un projet, même financé, engendre des coûts. De ce fait, nous pensons qu'il faut mûrir le projet et tenir compte du temps et des ressources humaines qui devront prendre part aux consultations. La plupart du temps, les ressources humaines ne sont pas prises en compte dans le financement du projet de télémédecine ; ce sont les établissements qui s'organisent à leur façon (*Annexe III*). Nous pensons qu'il serait bénéfique de nommer un référent-télémédecine parmi les infirmiers de l'EHPAD, qui suivra les actes et qui aura un temps dédié sur son temps de travail, en dehors de l'infirmier (ière) coordonnateur (trice).

⁷⁸ HAS. *Rapport préalable. Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine*-Article 36 de la LFSS 2014. septembre 2016, 62p.

⁷⁹ CERVERA, « Carole CERVERA. Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du Bassin de Muret, 43 pages, Thèse : pour le diplôme d'Etat de docteur en Médecine spécialité Médecine Générale, Université Paul Sabatier – Toulouse III, 2014 ».

Lors d'une séance de télécommunication, l'infirmière présente est le lien entre le médecin spécialiste et le résident, elle donne des informations disponibles sur le dossier du patient au médecin et explique au patient ce qui est dit ou fait. De ce fait, le médecin doit arriver à faire confiance à l'infirmière et à ce qu'elle dit. Afin de tirer le meilleur de la télémédecine en EHPAD, il serait intéressant de réviser les missions du médecin coordonnateur en lui donnant une mission de soins. Il nous semble donc judicieux de repenser l'intervention des médecins traitants de ville en EHPAD (Annexes III-3 et III-4).

La mutualisation des ressources humaines (infirmière de nuit et médecin coordonnateur) peut permettre d'optimiser l'utilisation de la télémédecine. Il y a aussi nécessité d'une bonne communication et information entre les professionnels impliqués. Pour faciliter la pratique de télémédecine et faire en sorte que cela pèse moins sur les équipes et l'organisation, nous pensons qu'il faudrait nommer une infirmière référente en plus de l'infirmière coordonnatrice pour piloter le projet, le mettre en place et pour suivre son exécution dans le temps. La mise en place d'une nomenclature moins complexe et plus avantageuse inciterait certains médecins traitants à participer plus sereinement aux actes de télémédecine.

Il faut œuvrer pour l'élargissement à d'autres thématiques de télémédecine. Les thématiques sur la Dermatologie sont très demandées, mais cela nécessiterait d'acheter du matériel supplémentaire comme un dermatoscope par exemple. De même, les avis pour hospitalisation sont très demandés par les EHPAD mais cette pratique n'est pas très fonctionnelle à cause de problèmes techniques. Il faudra également mettre un accent particulier sur l'utilisation de la télémédecine pour la iatrogénie compte tenu de la polymédicalisation en EHPAD.

La médicalisation n'étant pas parfois adaptée, il faut encourager les partenariats EHPAD/USLD, EHPAD/HAD pour éviter de médicaliser complètement les EHPAD. En effet, une trop grande médicalisation des EHPAD diminuerait le nombre de places disponibles pour les personnes âgées autonomes qui veulent rentrer en structure. Beaucoup d'EHPAD attendent de voir les indicateurs et les résultats des expérimentations pour mettre en place ce dispositif de télémédecine.

Nous pensons aussi que pour mener à bien un projet de télémédecine en EHPAD, la présence d'un médecin coordonnateur est importante car il est aussi formé pour s'occuper des soins et le résident bénéficie d'une présence médicale de ce fait. Alors que le médecin traitant, compte tenu de son activité en ville, ne peut pas souvent passer en EHPAD.

Conclusion

Face à de nombreux défis de santé publique parmi lesquels l'augmentation des pathologies et de la dépendance liée au vieillissement de la population, il devient indispensable pour les politiques, de définir de nouvelles organisations de soins et de prise en charge des patients. Le virage du numérique a permis l'instauration de la télémédecine qui se présente comme une solution inespérée pouvant s'adapter à tous les secteurs.

La télémédecine est reconnue légalement en France comme une pratique médicale depuis la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009. Elle est définie comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle se voit donc définir une assise réglementaire et des conditions de mise en œuvre. Cette volonté politique de développer la télémédecine s'est concrétisée par l'élaboration d'un plan stratégique de déploiement de la télémédecine lancé fin 2010 par la Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). Elle a été suivie de nombreuses expérimentations. La télémédecine est appréhendée comme un facteur d'amélioration de la performance permettant une optimisation de la prise en charge du patient et une sécurisation des pratiques pour les professionnels ainsi que d'une diminution du recours à l'hospitalisation et aux transports pour les consultations.

Avec, donc, le vieillissement et le développement des politiques publiques en matière de maintien à domicile, les personnes entrent en EHPAD de plus en plus tardivement, avec différentes pathologies parfois associées à des troubles neurologiques. Cette évolution du profil des résidents d'EHPAD justifie la part grandissante des soins en EHPAD et donc une médicalisation de plus en plus importante et nécessaire. Or, étant à la base des lieux de vie œuvrant plus pour l'accompagnement, le maintien de l'autonomie et le lien social, cette médicalisation devient parfois inadaptée en EHPAD. Entraînant ainsi un besoin de collaboration avec d'autres professionnels de santé et des spécialistes. Malheureusement ces professionnels et spécialistes manquent et l'EHPAD doit aussi faire face à des contraintes budgétaires. C'est ainsi que la télémédecine apparaît comme une solution salvatrice pour entrer en adéquation avec la philosophie de l'EHPAD qui est d'accompagner et de maintenir le plus longtemps possible le résident dans son lieu de vie tout en prenant en compte ses besoins en soins.

Le déploiement de la télémédecine dans les EHPAD commence à peine avec les expérimentations. Il est donc difficile d'avoir du recul pour juger de ses apports concrets en EHPAD. A travers les différentes revues de lectures et des entretiens sur le terrain avec des professionnels ayant une bonne connaissance du domaine nous avons essayé de démontrer qu'il y a effectivement une médicalisation importante au travers de l'évolution du profil des résidents de plus en plus polypathologiques et un besoin d'assurer la continuité des soins. Il est apparu aussi que cette médicalisation n'est pas forcément adaptée à l'EHPAD compte tenu du type de médicaments, de matériels et de personnels que cela demande. Cependant, à travers la téléconsultation et la téléexpertise, les professionnels peuvent prendre en charge les pathologies psychogériatriques, des insuffisances cardiaques et rénales, des soins palliatifs et suivre le diabète et l'hypertension artérielle des résidents. Ils peuvent ainsi améliorer la prise en charge et les pratiques professionnelles, éviter les déplacements fatigants et coûteux du résident et des professionnels. La pratique donc de la télémédecine permet une optimisation du temps médical, une gestion des ressources rares et une implication des familles de résidents. La médicalisation en EHPAD, devient de ce fait adaptée avec un accès plus rapide à des soins spécialisés et un moindre recours aux hospitalisations qui peuvent perturber le résident.

Au vu de tous les apports de la télémédecine reconnus par les professionnels du domaine, nous pouvons affirmer que la télémédecine peut assurer une médicalisation adaptée au sein de l'EHPAD et faciliter un accès aux soins des résidents. Il existe cependant, quelques freins parmi lesquels : la non-définition claire des responsabilités et la complexité de rémunération des actes, les problèmes de coordination entre médecins, les problèmes techniques dans la réalisation des actes de télémédecine ou encore des troubles visuels et auditifs de certains résidents.

Dans l'espoir d'avoir les retours d'expérimentations de la télémédecine en EHPAD et de définir des modèles de la télémédecine adaptés à chaque secteur, la télémédecine pourrait être une solution à l'engorgement des Urgences car elle permet d'éliminer en partie les raisons de conduite des résidents aux Urgences. Elle peut aussi être une solution possible au problème de déserts médicaux car elle permet un accès aux soins de certains établissements situés dans des zones géographiques isolées.

BIBLIOGRAPHIE

AGBORAZE-GBETOGLO, Yawa. *Evaluation annuelle du partenariat entre l'hospitalisation à domicile (HAD) et les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) pour les quatre HAD de la Mutualité Française Nord Pas de Calais SSAM*. Mémoire de Diplôme Universitaire « Démarche Qualité - Gestion Des Risques dans les secteurs sanitaire et médico-social », Université de Lille 2. Faculté Ingénierie et Management de la Santé (ILIS), 2017.

BILLE Michel, GALLOPIN Christian, POLARD José, *Manifeste pour l'âge et la vie : réenchanter la vieillesse*, Collection L'âge et la vie - prendre soin des personnes âgées et des autres.

ANAP. *La télémédecine en action: 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 1: les grands enseignements*. ANAP, mai 2012.

ANAP. *La télémédecine en action: 25 projets passés à la loupe. Un éclairage pour le déploiement national. Tome 2: monographies*. ANAP, mai 2012.

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles (s. d.).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000244248>.

ARS RHONES-ALPES. *Sécurisation du circuit du médicament dans les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sans pharmacie à usage intérieur*. ARS Rhones-Alpes, mars 2012.

BAKHOUM, Sarah. *GERIATRIE, LE CARNET DE STAGE MEDICAL (P2, D1, EXT, INT)*. Editions Vernazobres – Grego, s. d.

BLANCHET, Alain, et GOTMAN, Anne. *L'entretien*. Édité par François de Singly. Paris, France: Armand Colin, 2007.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) (2014). *Rapport 2014 : 10 ans de solidarité pour l'autonomie*. Page105, s. d.
https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_rapportactivite2014_versioninteractive.pdf.

CERVERA, Carole. *Naissance de la télémédecine dans les EHPAD du Bassin de Muret*, 43 pages, Thèse : pour le diplôme d'Etat de docteur en Médecine spécialité Médecine Générale, Université Paul Sabatier – Toulouse III, 2014.

Circulaire DGAS/DHOS/DSS/CNSA no 2006-447 du 17 octobre 2006 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2006 dans les établissements et services médico-sociaux et sanitaires accueillant des personnes âgées (s. d.). <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-11/a0110039.htm>.

CNAMTS, (2016), *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017*, juin, 189 pp., s. d.

CNOM. *Préconisation du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Télémédecine*. Janvier 2009.

Code de l'action sociale et des familles - Article R314-160 (s. d.).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006907011&dateTexte=>.

CUDENNEC, T., et N. FAUCHER. *Gériatrie (module5). Collection REUSSIR L'ECN, Ellipses Edition 2005. Page 41, 2005.*

Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) (s. d.).

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000795683&dateTexte=&categorieLien=id>.

Décret n° 2010-514 du 18 mai 2010 relatif au projet régional de santé (PRS). (s. d.).

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/5/18/SASE1006418D/jo/texte>.

Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine (s. d.).

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/10/19/SASH1011044D/jo/texte>.

DGOS. *Principaux enseignements du bilan des PRT et du recensement des projets télémédecine*, 2013, s. d.

DGOS. *Recommandations pour la mise en oeuvre d'un projet de télémédecine*. DGOS, mars 2012.

DUBOIS, Caroline, Pierrick PENVEN, Vincent COULIER, et Karl OPSOMER. LAB 3 L'expérience de la télémédecine mise au service de la prise en charge des personnes âgées. CGS MATISS Nord et Pas-de-Calais, E-SIS 59/62, s. d. <https://docplayer.fr/39610201-Lab-3-l-experience-de-la-telemedecine-mise-au-service-de-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-directeur-de-l-ehpad-les-charmilles.html>.

Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA*, février 2014.

GOUVERNEMENT, (2016), La loi de santé, page consultée le 20 08 2018,

<https://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>, s. d.

HANON, O., et C. JEANDEL. *Guide de Prescriptions médicamenteuses Adaptées aux Personnes Agées*, 2015.

HAS. *Effcience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation*, juillet 2013.

HAS. *Rapport préalable. Expérimentations relatives à la prise en charge par télémédecine-Article 36 de la LFSS 2014*. septembre 2016, 62p.

IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales. *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) - Évaluation de l'option tarifaire dite globale. Rapport définitif*, octobre 2011.

LASBORDES, Pierre. *Rapport LASBORDES: "La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être"*, 15 octobre 2009, 247 p., octobre 2009.

<https://www.lalettredelatelecardiologie.fr/rapport-lasbordes-2009.htm>.

Le QUANG Agnès, *Replacer l'humanité au cœur du soin*. Publié le 26.03.14 et mise à jour le 28.03.14, [consulté le 03.09.18]. Disponible sur : <https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/ethique-et-soins/replacer-humanite-au-coeur-du-soin.html>

Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Article 44 § (s. d.).
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?cidTexte=JORFTEXT000000317523&idArticle=LEGIARTI000006756923&dateTexte=&categorieLien=cid>

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). Articles: 36, L. 6316-1 ; § (s. d.).
<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/texte>.

LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 (1), Article 36 § (s. d.).
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F96C3A7F7D4760569362AE742D0F2F64.tplgfr36s_2?cidTexte=JORFTEXT000028372809&dateTexte=20180824.

LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (1) (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/12/28/AFSX1404296L/jo/texte>.

LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 (1), Article 54 § (s. d.). <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2017/12/30/CPAX1725580L/jo/texte>.

MAKDESSI, Yara, et Nadège PRADINES. *En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës*. Etudes et Résultats, DREES, décembre 2016.

ODOXA. *L'importance du temps dans la relation patients-soignants.*, publié le 18 juin 2018. [Consulté en juillet 2018]. Disponible sur : <http://www.odoxa.fr/sondage/carnet-de-sante-francais-personnels-hospitaliers-2/>

PROJET DE CAHIER DES CHARGES DES PROJETS PILOTES PAERPA, janvier 2013.

PRT. *Programme Régional de Télémedecine*, s. d.

ROYER-PONCIN, Céline. *L'ANGOISSE PLUS FORTE QUE LA RAISON ? (Analyse de la trajectoire de soins des patients consultant aux Urgences de Maubeuge pour un motif ambulatoire : quels sont les facteurs déterminants de cette consultation ?)*, 217 pages. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, Université du Droit et de la Santé – Lille 2, Faculté de Médecine Henri Warembourg - Lille, 2015.

SALLES Nathalie, *Télémedecine en EHPAD – Les clés pour se lancer*, Editions Le Coudrier, octobre 2017.

SIMON, Pierre. *Les enjeux et développement de la télémedecine. POINTS DE VUE. ESANTE.GOUV.FR*, 21 juin 2010. <http://esante.gouv.fr/tribunes/pierre-simon-les-enjeux-et-developpement-de-la-telemedecine>.

VERGER P., (2013), *La politique du médicament en EHPAD*, décembre, pp.11-27, 125 pp, s. d.

ARTICLES

Salles, N. (2013). *Consultation de télémedecine pour les personnes âgées posant les problèmes de plaies chroniques notamment à type d'escarres*. La Recherche Européenne en Télémedecine ; Nov2013, Vol.2 Issue 3/4, p93-100, 8p

Caubet, C.C., Salles, N., Baudon, M.P. (2017). *Dispositif organisationnel original de déploiement de la télémédecine en EHPAD : une cellule régionale interface entre établissements et centres experts*. La Recherche Européenne de la Télémédecine ; Apr2017, Vol.6 Issue 1, p40-40,1p

Giraudeau, N., Valcarcel, J., Tassery, H. et al. (2014). *Projet e-DENT : téléconsultation bucco-dentaire en EHPAD*. La Recherche Européenne en Télémédecine ; Jun2014, Vol.3 Issue 2, p51-56, 6p

Bismuth, S., Etchart-Combes, E., Découard, P., Soto, M. et al. (2015). *La télémédecine : une nouvelle pratique en médecine générale pour la prise en charge non médicamenteuse des troubles du comportement du patient dément*. Les Cahiers de l'Année Gériatrique ; Mar2015, Vol.7 Issue 1, p37-43, 7p

Lafargue, A., Barateau, M., Bourdin, N. et al. (2017). *Télémédecine en EHPAD-le projet Aquitain : bilan d'activités à 16 mois et nouvelles perspectives*. La Recherche Européenne en Télémédecine ; Apr2017, Vol.6 Issue1, p41-41,1p

Lafargue, A., Prigent, A.M., Libert, K., Salles, N. (2017). *Télémédecine en EHPAD, le projet Aquitain : nouvelles perspectives*. La Recherche Européenne en Télémédecine ; Apr2017, Vol.6 Issue 1, p45-45, 1p

Dubois, C., Penven, P., Coulier, V., OPSOMER, K. *LAB 3-L'expérience de la télémédecine mise au service de la prise en charge des personnes âgées [en ligne]*. GCS MATISS Nord-Pas de Calais et e-SIS 59/62, 2017. [consulté en août 2018]. Disponible sur : DocPlayer [en ligne] <https://docplayer.fr/39610201-Lab-3-l-experience-de-la-telemedecine-mise-au-service-de-la-prise-en-charge-des-personnes-agees-directeur-de-l-ehpad-les-charmilles.html>

Parcours de santé des aînés - Des acteurs coordonnés pour une autonomie préservée. (05 Décembre 2017). PAERPA

La télémédecine au service des EHPADs en Normandie. (Publié le 30 août 2018, consulté le 03 septembre 2018). Disponible sur : <https://www.urml-normandie.org/14303-la-telemedecine-au-service-des-ehpads-en-normandie/>

SITOLOGIE

- Institut national de la statistique et des études économiques. *Projections de la population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*. [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826>
- Institut national de la statistique et des études économiques. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*. Michel Duée, Cyril Rebillard [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045>
- <https://www.ars.sante.fr/>
- <https://www.has-sante.fr/portail/>
- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/4_document_echange_patient_dispositifs_accompagnement_pec_vf.pdf

- <http://www.ehpad.com/telemedecine-ehpad/>

VIDEOS

- GCS - TELE CONSULTATION - voir une téléconsultation. Disponible sur : <https://youtu.be/PD2Sv2S1uCQ>
- GCS TELECONSULTATION la parole aux acteurs(1). Disponible sur : <https://youtu.be/nisUne0FidU>
- GCS e-Santé Picardie / Présentation plateforme Comedi-e. Disponible sur : <https://youtu.be/OyTVAZdO8hs>
- Coopération médicale et médico-sociale innovante en e-santé. Disponible sur : <https://comedie.esante-hdf.fr/>

Table des tableaux et figures

Tableaux

Tableau 1 : Résumé du recensement des projets de télémédecine réalisé par la DGOS

Tableau 2 : Distribution des résidents au 31/12/2015 par groupe d'âges et sexe pour l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées

Tableau 3 : Distribution des résidents au 31/12/2015 par groupe d'âges et groupe iso-ressources (GIR) pour l'ensemble des établissements d'hébergement pour personnes âgées

Tableau 4 : Taux d'équipement en hébergement pour personnes âgées au 31/12, Année 2010-2016

Tableau 5 : Pathologies du sujet âgé

Tableau 6 : Expérimentations de télémédecine en EHPAD

Figures

Figure 1 : Cadre réglementaire de la télémédecine

Figure 2 : Niveau d'intervention des acteurs dans un projet de télémédecine

Figure 3 : Tarification de la télémédecine pour les actes de téléconsultation, téléexpertise et télésurveillance

Figure 4 : Processus générique de réalisation d'un acte de télémédecine

Annexes

Annexe I : Données statistiques

Annexe I-1 : Evolution de l'espérance de vie (EV) et de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) de 2004 à 2016

Annexe I-2 : Evolution de l'espérance de vie (EV) et de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans

Annexe I-3 : Distribution des résidents au 31/12/2015 par âge et par GIR en EHPAD publics
Distribution des résidents au 31/12/2015 par âge et par GIR en EHPAD public

Annexe I-4 : Distribution des résidents au 31/12/2015 par âge et par GIR en EHPAD privés à but non lucratif

Annexe I-5 : Distribution des résidents au 31/12/2015 par âge et par GIR en EHPAD privés à but lucratif

Annexe II : Grilles d'entretien

Annexe II-1 : Liste des personnes interviewées

Annexe II-2 : Grille d'entretien Direction EHPAD disposant de télémédecine

Annexe II-3 : Grille d'entretien Infirmier(ère) Coordonnateur(trice) EHPAD disposant de télémédecine

Annexe II-4 : Grille d'entretien Médecin et Cadre de santé en EHPAD, USLD et SSR

Annexe III : Synthèses des entretiens

Annexe III-1 : Synthèse de l'entretien avec M. Karl OPSOMER, Directeur d'EHPAD

Annexe III-2 : Synthèse de l'entretien avec Mme Justine LAIGLE, IDE en EHPAD

Annexe III-3 : Synthèse de l'entretien avec Mme le Dr. Anne HUGODOT, Gériatre et Médecin Coordonnateur en EHPAD et en USLD

Annexe III-4 : Synthèse de l'entretien avec M. le Dr. Hippolyte KOUADIO, Praticien Hospitalier et Gériatre en EHPAD, USLD et SSR gériatrique

Annexe III-5 : Synthèse de l'entretien avec M. Christophe VENANT, Cadre de Santé en EHPAD et USLD

Annexe IV : Photos de salles et équipements de télémédecine

Annexe IV-1 : Salle dédiée à la télémédecine à l'EHPAD « Les Charmilles »

Annexe IV-2 : Bureau et équipements pour les actes de télémédecine

Annexe IV-3 : Bureau dédié au médecin coordonnateur dans la salle de télémédecine

Annexe IV-4 : Mise en marche de l'ordinateur pour l'accès à la plateforme de télémédecine ACCELIS

Annexe IV-5 : Caméra réglable au plafond pour la réalisation d'actes de télémédecine a), b)

Annexe IV-6 : Plateforme ACCELIS pour la réalisation d'actes de télémédecine a), b), c), d)

Annexe IV-7 : Affiche TELEHPADIA a), b)

Annexe IV-8 : Affiche pour les soins palliatifs

Annexe IV-9 : Salle dédiée à la télémédecine à l'EHPAD « Noël Leduc » a), b)

Annexe IV-10 : Exemples d'équipements de stimulation à l'EHPAD« Noël Leduc », aquarium et chariot mobile SNOEZELEN a), b)

Annexe V : Documents relatifs à la pratique de la télémédecine en EHPAD

Annexe V-1 : Exemple d'avenant au règlement de fonctionnement (1), (2)

Annexe V-2 : Formulaire de consentement du médecin traitant

Annexe V-3 : Consentement du résident ou de son entourage (1), (2)

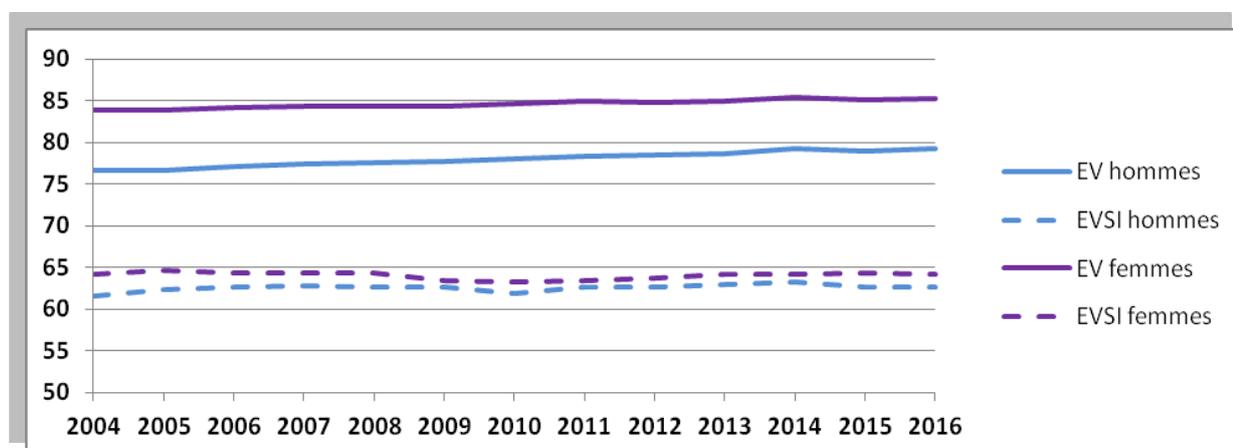
Annexe V-4 : Exemple de compte-rendu d'actes de télémédecine en EHPAD (1), (2)

Annexes

Annexe I : Données statistiques

Annexe I-1 : Evolution de l'espérance de vie (EV) et de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) entre 2004 et 2016, par sexe, France entière, à la naissance

Années	Sexe masculin			Sexe féminin		
	EV	EVSI	% EV non limitée	EV	EVSI	% EV non limitée
2004	76,7	61,5	80,2	83,8	64,2	76,6
2005	76,7	62,3	81,2	83,8	64,6	77,1
2006	77,1	62,7	81,3	84,2	64,3	76,3
2007	77,4	62,8	81,1	84,4	64,4	76,3
2008	77,6	62,7	80,8	84,3	64,4	76,4
2009	77,7	62,7	80,7	84,4	63,4	75,1
2010	78,0	61,8	79,2	84,6	63,3	74,8
2011	78,4	62,6	79,8	85,0	63,4	74,6
2012	78,5	62,6	79,7	84,8	63,7	75,1
2013	78,7	62,9	79,9	85,0	64,2	75,6
2014	79,2	63,3	79,9	85,4	64,1	75,1
2015	79,0	62,6	79,2	85,1	64,4	75,7
2016	79,3	62,7	79,1	85,4	64,1	75,1



Sources :

EV : Espérance de vie à la naissance- Série Insee- France entière

EVSI : Espérance de vie sans incapacité- Calculée avec la méthode d'Ehemu à partir des données de l'enquête SILC réalisée par l'INSEE pour la mesure des incapacités

Note de lecture :

EV : l'espérance de vie à la naissance s'élève à 79,3 ans pour les hommes et à 85,3 ans pour les femmes en 2016,

EVSI : l'espérance de vie sans incapacité est de 62,7 ans pour les hommes et de 64,1 ans pour les femmes en 2016,

% EV non limité : La part des années vécues sans incapacité au sein de l'espérance de vie est de 79,1 ans pour les hommes et de 75,1 ans pour les femmes en 2016.

Annexe I-2 : Evolution de l'espérance de vie (EV) et de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) à 65 ans entre 2004 et 2016, par sexe, France entière

Années	Sexe masculin		Sexe féminin	
	EV à 65 ans	EVSI à 65 ans	EV à 65 ans	EVSI à 65 ans
2004	17,7	8,5	22,2	10,0
2005	17,7	8,5	22,0	9,7
2006	18,0	8,6	22,4	9,6
2007	18,2	8,9	22,5	9,8
2008	18,3	8,7	22,5	10,0
2009	18,4	8,9	22,6	9,3
2010	18,6	8,9	22,8	9,7
2011	18,9	9,6	23,0	9,8
2012	18,8	9,4	22,8	10,2
2013	19,0	9,7	23,0	10,6
2014	19,3	10,3	23,4	10,6
2015	19,1	9,8	23,0	10,6
2016	19,3	9,4	23,3	10,5

Sources :

EV : Espérance de vie à la naissance- Série Insee- France entière

EVSI : Espérance de vie sans incapacité- Calculée avec la méthode d'Ehemu à partir des données de l'enquête SILC réalisée par l'INSEE pour la mesure des incapacités

Note de lecture :

EV : l'espérance de vie à 65 ans s'élève à 19,3 ans pour les hommes et à 23,3 ans pour les femmes en 2016

Annexe I-3 : **Distribution des résidents au 31/12/2015 par groupe d'âges et groupe iso-ressources (GIR) selon la catégorie d'établissement, EHPAD publics**

Âge des résidents	GIR *						Total répondants	Non renseigné	ENSEMBLE
	1	2	3	4	5	6			
Moins de 65 ans	815	2 390	1 537	2 161	841	500	8 245	665	8 910
De 65 à moins de 70 ans	1 255	3 674	2 320	3 159	1 047	687	12 143	128	12 271
De 70 à moins de 75 ans	1 670	4 408	2 522	3 009	915	566	13 091	182	13 272
De 75 à moins de 80 ans	3 971	8 954	4 415	5 150	1 409	816	24 715	323	25 038
De 80 à moins de 85 ans	8 762	18 380	8 046	9 464	2 490	1 480	48 621	533	49 154
De 85 à moins de 90 ans	14 632	28 494	12 917	15 606	4 011	2 430	78 089	604	78 694
De 90 à moins de 95 ans	15 119	27 041	12 225	14 581	3 689	1 994	74 648	425	75 073
95 ans et plus	6 984	10 319	4 559	4 834	1 015	503	28 214	120	28 333
Total répondants	53 207	103 659	48 542	57 964	15 418	8 976	287 766	2 979	290 745
Non renseigné	13	10	5	3	0	0	31	114	145
ENSEMBLE	53 220	103 669	48 547	57 967	15 418	8 976	287 796	3 094	290 890

Annexe I-4 : Distribution des résidents au 31/12/2015 par groupe d'âges et groupe iso-ressources (GIR) selon la catégorie d'établissement, EHPAD privés à but non lucratif

Âge des résidents	GIR *								ENSEMBLE
	1	2	3	4	5	6	Total répondants	Non renseigné	
Moins de 65 ans	334	1 121	708	1 063	329	217	3 772	212	3 983
De 65 à moins de 70 ans	627	1 732	1 085	1 549	390	283	5 666	69	5 735
De 70 à moins de 75 ans	761	2 193	1 166	1 410	394	307	6 230	116	6 347
De 75 à moins de 80 ans	1 759	4 723	2 117	2 623	685	618	12 525	169	12 694
De 80 à moins de 85 ans	4 046	9 881	4 511	5 390	1 568	1 270	26 666	297	26 963
De 85 à moins de 90 ans	7 304	16 659	7 690	9 724	2 888	2 084	46 350	378	46 728
De 90 à moins de 95 ans	7 931	16 304	7 964	9 995	2 908	2 075	47 177	230	47 407
95 ans et plus	4 166	6 900	3 171	3 467	788	512	19 004	113	19 117
Total répondants	26 928	59 512	28 411	35 221	9 950	7 366	167 389	1 585	168 974
Non renseigné	6	28	3	10	0	0	48	7	54
ENSEMBLE	26 934	59 540	28 415	35 231	9 950	7 366	167 436	1 592	169 028

Annexe I-5 : Distribution des résidents au 31/12/2015 par groupe d'âges et groupe iso-ressources (GIR) selon la catégorie d'établissement, EHPAD privés à but lucratif

Âge des résidents	GIR *								ENSEMBLE
	1	2	3	4	5	6	Total répondants	Non renseigné	
Moins de 65 ans	267	809	403	505	122	82	2 189	115	2 303
De 65 à moins de 70 ans	393	1 172	605	646	143	74	3 033	46	3 079
De 70 à moins de 75 ans	540	1 481	649	773	179	113	3 735	44	3 779
De 75 à moins de 80 ans	1 333	3 500	1 421	1 361	358	256	8 229	116	8 345
De 80 à moins de 85 ans	3 053	7 779	3 372	3 348	753	502	18 807	180	18 987
De 85 à moins de 90 ans	6 021	13 590	6 409	6 689	1 496	1 070	35 275	299	35 574
De 90 à moins de 95 ans	6 735	14 231	6 616	6 984	1 699	940	37 203	322	37 525
95 ans et plus	3 377	6 181	2 796	2 395	502	283	15 535	150	15 684
Total répondants	21 720	48 743	22 271	22 701	5 251	3 319	124 005	1 271	125 275
Non renseigné	30	117	31	121	43	19	361	5	366
ENSEMBLE	21 750	48 861	22 302	22 821	5 294	3 338	124 366	1 275	125 641

GIR* : La grille nationale Aggir permet d'évaluer le degré de dépendance. Les niveaux de dépendance sont classés en 6 groupes dits "iso-ressources" (Gir). À chaque Gir correspond un niveau de besoins d'aides pour accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne.

Gir 1 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,

Ou personne en fin de vie

Gir 2 : Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente

Gir 3 : Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels

Gir 4 : Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage,

Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas

Gir 5 : Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage

Gir 6 : Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Source : <https://www.service-public.fr>

Champ: Établissements d'hébergement pour personnes âgées, hors centres d'accueil de jour, France métropolitaine + DROM (hors Mayotte) ; ensemble des résidents.

Source: DREES, Enquête EHPA 2015.

Annexe II : Grilles d'entretien

Annexe II-1 : Liste des personnes interviewées

<u>Identité</u>	<u>Fonction</u>
Monsieur Karl OPSOMER	Directeur de la Résidence EHPAD « Les Charmilles », disposant de la télémédecine, à Saint-Saulve.
Madame Justine LAIGLE	Infirmière Diplômée d'Etat, Référente télémédecine à la Résidence « Noël Leduc » à Hasnon.
Madame le Docteur Anne HUGODOT	Médecin Coordonnateur de l'EHPAD SOMANIA au Centre Hospitalier de Somain, Gériatre en charge aussi de l'USLD.
Monsieur le Docteur Hippolyte KOUADIO	Médecin Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Somain, Gériatre en charge des patients USLD, EHPAD et SSR gériatrique.
Monsieur Christophe VENANT,	Cadre de Santé en EHPAD et en USLD au Centre Hospitalier de Somain.

« La télémédecine peut-elle assurer une médicalisation adaptée au sein de l'EHPAD et faciliter l'accès aux soins des résidents ? »

❖ Objectifs des grilles d'entretien proposées

- *Comprendre la philosophie et la vie dans un EHPAD.
- *Comprendre le fonctionnement de la télémédecine en EHPAD.
- *Comprendre la mise en place et la gestion d'un projet de télémédecine en EHPAD.
- *Evaluer les apports des pratiques de télémédecine en EHPAD.
- *Identifier les leviers et freins liés à un tel dispositif.

Annexe II-2 : Grille d'entretien Direction EHPAD disposant de télémédecine

❖ GRILLE D'ENTRETIEN DIRECTION EHPAD

1- Présentation de l'établissement et de la fonction de l'interviewé(e)

- Caractéristiques de l'EHPAD [statut, nombre de résidents et d'années d'existence].
- Titre de la fonction de l'interviewé(e) au sein de l'établissement.
- Rôles et missions de l'interviewé(e) dans l'établissement.

2- Accompagnement et philosophie dans un EHPAD

- Philosophie et vision de l'établissement.

- Population accueillie [âge moyen, types de pathologies, niveau d'autonomie].
- Le sens du soin dans un EHPAD et l'acceptation du soin par le résident.
- Attractivité de l'EHPAD pour les résidents et leurs familles.
- Enjeux et défis pour l'EHPAD dans l'accompagnement des résidents.
- 3- L'organisation des soins et la place de la médicalisation en EHPAD**
- Ressources mobilisées pour l'organisation des soins en EHPAD.
- Styles/modes de soins et niveau de médicalisation en EHPAD.
- Financement des soins dispensés en EHPAD.
- Equilibre entre médicalisation et lieu de vie des résidents.
- Evolution ou non des outils d'évaluation des besoins en soins en EHPAD ?
- Quels leviers actionner pour une médicalisation adaptée en EHPAD ?
- 4- Le projet de télémédecine et sa gestion en EHPAD**
- Pourquoi un dispositif de télémédecine en EHPAD ?
- La mise en place du projet [Objectifs, comment, par qui, acteurs, dans quels délais ?].
- Ressources effectives mobilisées [financières, matérielles, techniques et humaines].
- Réglementation en matière de télémédecine et financement des actes par l'Etat.
- Types de pratiques de télémédecine dans l'EHPAD et pathologies prises en charge.
- Difficultés s'il y en a eu, dans les pratiques effectives de la télémédecine.
- 5- Les apports de la télémédecine en EHPAD**
- Avez-vous réalisé des enquêtes de satisfaction concernant les pratiques de télémédecine dans votre établissement ? Si oui, points importants ? Si non, raisons ?
- Quel est le ressenti des équipes par rapport aux pratiques de télémédecine dans votre établissement ?
- Quelle appréciation ont les patients des pratiques de télémédecine mises en place ?
- Que pensent les familles et l'entourage des résidents du dispositif de télémédecine ?
- Quelques témoignages [la télémédecine a permis de détecter/d'éviter, retours
- 6- Coordination et collaboration entre les différents intervenants**
- Types d'intervenants [internes et externes].
- Modalités ? Fréquences ? Disponibilité du réseau ?
- Tarifs et modalités de réalisation des actes de télémédecine par les professionnels.
- Avantages des pratiques de Télémédecine [Accès aux soins, transports, hospitalisations, professionnels/résidents, coûts de prise en charge].
- Difficultés identifiées dans la coordination et la continuité des soins.
- 7- Perspectives**
- La Convention Tripartite est en passe de disparaître en 2019, la prise en compte des CPOM peut-elle permettre de motiver les EHPAD ?
- Que diriez-vous pour encourager le déploiement de la télémédecine dans les EHPAD ?

- Quelles pourraient être les évolutions possibles des besoins et du fonctionnement des EHPAD au regard des différentes projections démographiques ?
- Quelles évolutions envisageriez-vous dans les pratiques de télémédecine.
- Quels sont vos espoirs face à l'avenir !

Annexe II-3 : Grille d'entretien Infirmier(ère) Coordonnateur(trice) EHPAD disposant de télémédecine

❖ **GRILLE D'ENTRETIEN INFIRMIER(ERE) COORDONNATEUR(TRICE) EHPAD**

1- Présentation de l'établissement et de la fonction de l'interviewé(e)

- Caractéristiques de l'EHPAD [statut, nombre de résidents et d'années d'existence].
- Titre de la fonction de l'interviewé(e) dans la gestion de l'établissement.
- Rôle et missions de l'interviewé(e) dans l'établissement.

2- Accompagnement et philosophie dans un EHPAD

- Philosophie et vision de l'établissement.
- Population accueillie [âge moyen, types de pathologies, niveau d'autonomie].
- Le sens du soin dans un EHPAD et l'acceptation du soin par le résident.
- Attractivité (ce que vous avez de plus) de l'EHPAD pour les résidents et leurs familles.
- Enjeux et défis pour l'EHPAD dans l'accompagnement des résidents.

3- L'organisation et la coordination des soins en EHPAD

- Ressources mobilisées pour l'organisation et la continuité des soins en EHPAD.
- Types de soins et niveau de médicalisation en EHPAD.
- Comment vous maintenez l'équilibre entre médicalisation et lieu de vie du résident ?
- Une médicalisation plus adaptée en EHPAD ? (Disposez-vous de tout ce qu'il faut pour les soins de vos résidents ? Est-ce que c'est adapté ou pas ?)

4- Le dispositif de télémédecine en EHPAD

- A quel degré êtes-vous impliquée dans les actes de télémédecine à l'EHPAD ?
- Quelles motivations faut-il pour porter un projet de télémédecine ?
- Description d'une consultation : du début jusqu'à la fin, temps approximatif.
- Types de pratiques de télémédecine et pathologies prises en charge.
- Acteurs présents lors d'une consultation (intervenants internes et externes).
- Modalités ? Fréquences ? Disponibilité du réseau ? Personnel dédié ?
- Avantages des pratiques de Télémédecine.

[Accès aux soins, transports, hospitalisations, professionnels/résidents, coûts].

- Difficultés rencontrées dans les pratiques effectives de télémédecine.

5- Les apports de la télémédecine en EHPAD

- Avez-vous réalisé des enquêtes de satisfaction concernant les pratiques de télémédecine dans votre établissement ? Si oui, points importants ? Si non, raisons ?
- Quel est le ressenti des équipes par rapport aux pratiques de télémédecine dans votre établissement ? Êtes-vous satisfaits de la prise en charge par la télémédecine ?
- Quelle appréciation ont les patients des pratiques de télémédecine mises en place ?
- Que pensent les familles et l'entourage des résidents du dispositif de télémédecine ?
- Quelques témoignages [la télémédecine a permis de détecter/d'éviter, retours ...]
- Le lien humain est-il brisé avec l'utilisation de matériel et un médecin à distance ?

6- Projection sur l'avenir

- Que diriez-vous pour encourager le déploiement de la télémédecine dans les EHPAD ?
- Y aura-t-il selon vous des évolutions dans les pratiques de télémédecine en EHPAD ?
- Y aura-t-il des évolutions dans les besoins et fonctionnements des EHPAD au regard des différentes projections sur la population ?
- Quels sont vos espoirs face à l'avenir !

Annexe II-4 : Grille d'entretien Médecins et Cadre de santé en EHPAD, USLD et SSR

❖ GRILLE D'ENTRETIEN MEDECINS ET CADRE DE SANTE EN EHPAD, USLD ET SSR

1- Présentation de l'établissement et de la fonction de l'interviewé(e)

- Caractéristiques de l'EHPAD [statut, nombre de résidents et d'années d'existence].
- Titre de la fonction de l'interviewé(e) au sein de l'établissement.
- Rôles et missions de l'interviewé(e) dans l'établissement.

2- Accompagnement et philosophie dans un EHPAD

- Philosophie et vision de l'établissement.
- Population accueillie [âge moyen, types de pathologies, niveau d'autonomie].
- Le sens du soin dans un EHPAD et l'acceptation du soin par le résident.
- Attractivité de l'EHPAD pour les résidents et leurs familles.
- Enjeux et défis pour l'EHPAD dans l'accompagnement des résidents.

3- L'organisation des soins et la place de la médicalisation en EHPAD

- Ressources mobilisées pour l'organisation des soins en EHPAD.
- Styles/modes de soins et niveau de médicalisation en EHPAD.
- Financement des soins dispensés en EHPAD.
- Equilibre entre médicalisation et lieu de vie des résidents.
- Evolution ou non des outils d'évaluation des besoins en soins en EHPAD ?
- Quels leviers actionner pour une médicalisation adaptée en EHPAD ?

4- Le dispositif de télémédecine en EHPAD

- Quelles motivations faut-il pour porter un projet de télémédecine ?
- Types de pratiques de télémédecine et pathologies pouvant être prises en charge.
- Quelles peuvent être les avantages des pratiques de Télémédecine ?

[Accès aux soins, transports, hospitalisations, professionnels/résidents, coûts].

- Quelles difficultés ou freins pensez-vous que l'on puisse rencontrer dans les pratiques effectives de télémédecine ?
- Le lien humain est-il brisé avec l'utilisation de matériel et un médecin à distance ?
- Quelles appréciations peuvent avoir les résidents/familles de la télémédecine ?

5- Perspectives

- La Convention Tripartite est en passe de disparaître en 2019, la prise en compte des CPOM peut-elle permettre de motiver les EHPAD ?
- Que diriez-vous pour encourager le déploiement de la télémédecine dans les EHPAD ?
- Quelles pourraient être les évolutions possibles des besoins et du fonctionnement des EHPAD au regard des différentes projections démographiques ?
- Quelles évolutions envisageriez-vous dans les pratiques de télémédecine.
- Quels sont vos espoirs face à l'avenir !

Annexe III : Synthèses des entretiens

Annexe III-1 : Synthèse de l'entretien avec M. Karl OPSOMER, Directeur d'EHPAD

Synthèse de l'entretien avec M. Karl OPSOMER,

Directeur de l'EHPAD « Les Charmilles »

225 Rue Jean Jaurès 59880 Saint-Saulve. Lundi 13 août 2018 à 14h30

Entretien mené par Yawa AGBORAZE GBETOGLO

Bonjour Monsieur OPSOMER, je vous remercie pour ce rendez-vous et pour l'accueil dans votre bel établissement pour cet entretien...

Pourriez-vous s'il vous plaît vous présenter ? Dire le titre de la fonction que vous occupez et aussi vos différentes missions ?

Je suis Karl OPSOMER, je suis Directeur de l'EHPAD « Les Charmilles ». C'est un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de statut public territorial. Il dépend du CCAS de Saint-Saulve. Donc le Chef de l'établissement est le Président du CCAS donc Mme GALLET, Maire de Saint-Saulve.

Moi j'ai un certain nombre de missions déléguées par Mme GALLET. Parmi mes délégations en tant que Directeur : il y a la gestion administrative (listes d'attente, contrats, accueil des résidents), la gestion financière avec un comptable pour le budget et son exécution, la gestion de l'accompagnement des résidents avec de la prestation hôtelière, la gestion des soins avec une infirmière coordonnatrice (plannings, projets de soins), la gestion technique en collaboration avec un responsable technique (maintenance établissement et équipements, entretien, différents contrôles, avec la commission de sécurité), gestion des stocks (prévoir le matériel nécessaire pour que chacun puisse faire correctement son travail), la gestion des ressources humaines avec les adjoints (plannings, évaluations, écoute, congés et absentéismes).

Et très important la partie partenariat et représentation (faire connaître l'établissement, le représenter dans le comité de pilotage du réseau de santé du territoire, membre du GCS (Groupement de Coopération Sanitaire) filière gériatrique du territoire du Valenciennois (mis en place le projet télémédecine avec GCS). Partenariat à travers des conventions dans l'accompagnement avec une équipe mobile de soins palliatifs de l'hôpital de Valenciennes, avec l'APEI, avec les Papillons Blancs pour les personnes en situation de handicap mental vieillissantes, en psychiatrie avec une équipe mobile en Gériatrie qui intervient aussi dans l'établissement.

Je suis en tant que Directeur, responsable de l'activité avec la gestion des listes d'attente, nous n'avons pas trop de difficultés car l'établissement a un statut public à but non lucratif. Mais ça peut être plus compliqué dans le cas du privé à but lucratif où on peut avoir des difficultés à remplir. Une chambre vide c'est une perte d'argent. Mais en public, il y a un budget et les dépenses doivent correspondre aux recettes. Mais, nous avons beaucoup de demandes donc ça va. Certainement encore d'autres. Beaucoup de missions, très prenant et de gymnastique cérébrale à faire pour fournir un accompagnement et des prestations de qualité aux résidents en fonction de leurs besoins.

Quels types de résidents accueillez-vous ? Et quel est leur moyenne d'âge ?

L'établissement accueille des personnes en situation de handicap, **56 résidents** dont 49 en accueil permanent, 1 en accueil temporaire pour le répit afin de soulager l'aidant et sur réservation, 6 places en accueil de jour de lundi au vendredi pour le répit et la stimulation cognitive afin de rompre l'isolement, la solitude. C'est donc un établissement à taille humaine avec une ambiance chaleureuse. Moyenne d'âge 86 ans pour les personnes âgées et 66 ans pour les personnes handicapées.

Quelle est la philosophie et la vision de votre établissement ?

C'est avant tout un lieu de vie, aider les personnes à continuer à vieillir avec un projet de vie, le plus longtemps possible dans les meilleures conditions possibles. Forcément, ils savent très bien qu'ils vont tous vers la fin, ce n'est pas un tabou la mort et on parle des directives anticipées et de la personne de confiance. Le plus important est qu'elles puissent être bien accompagnées jusqu'au bout. C'est aussi donner envie aux personnes de continuer de vivre, de les stimuler, d'avoir encore des projets même si ce n'est pas toujours évident ! Même si c'est un établissement collectif, on essaie de personnaliser le plus avec des thérapies non médicamenteuses et procurer le bien être.

Quel est le niveau de médicalisation dans votre établissement ?

Un lieu de vie mais où on ne peut plus faire abstraction de soins. Car, avec un âge avançant, de plus en plus de pathologies s'installent, de plus en plus lourdes. Et les personnes entrent de plus en plus dépendants dans l'établissement : il faut donc gérer tout ça.

Moi, je fais très attention pour que l'établissement ne devienne pas trop médicalisé, ce n'est pas un hôpital, aujourd'hui on entend parler de l'infirmière de nuit en EHPAD, mais moi je ne suis pas du tout favorable à cela ; mes infirmières font des astreintes ; s'il y a une infirmière 24h/24, on commence avec des perfusions intraveineuses, des voies centrales et dans des grosses veines, ça devient des surveillances très particulières et ça peut mettre en difficulté toute l'équipe soignante et pour ça on n'est pas très équipé. Donc, il faut avancer et la télémédecine est un moyen justement d'avoir une certaine médicalisation pour un accès plus rapide à des spécificités parfois très particulières mais on garde cette partie médicalisation et ce sont les experts de l'autre côté qui nous aident. On travaille aussi en convention avec l'HAD car notre but est aussi de garder les personnes jusqu'au bout de la vie. Donc s'il y a une fin de vie, on préfère les garder si on peut les gérer ; si ça devient compliqué pour l'équipe on ne peut pas.

Mais dans la plupart des cas, si ce n'est pas aigu les personnes finissent leur vie chez nous avec s'il y a besoin, des perfusions en sous-cutanée éventuellement une pompe à morphine, les infirmières sont très à l'aise avec ces pratiques grâce à l'équipe mobile de soins palliatifs qui nous donne de bons conseils, de bonnes prescriptions avec le médecin traitant. C'est très important, mais il faut que chacun reste dans ses compétences, si ça devient très difficile les infirmières ne vont pas avoir le temps pour le faire et l'équipe soignante sera en difficultés parce qu'elles n'ont pas l'habitude de faire des soins à des résidents très médicalisés avec des fils et des tuyaux. De même, ça peut perturber les autres résidents. *“Donc je reste très vigilant”. “Mais on se doit aujourd'hui d'offrir une palette de soins de plus en plus importante effectivement.”*

La médicalisation actuelle en EHPAD est-elle adaptée ou pas ?

Il y a des résidents pour lesquels compte tenu de leur niveau de médicalisation ça va être très difficile de les accueillir en EHPAD. Après, il reste des places en Long Séjour et pour les EHPAD de l'hôpital où il y a souvent une infirmière de nuit et il me semble qu'ils font aussi appel à un médecin de garde donc là on a déjà beaucoup médicalisé et ont aussi le service d'Unité des Soins de Longue Durée (USLD) à côté pour les personnes les plus lourdes.

Mais maintenant, on peut accueillir un résident avec une colostomie ou avec des gavages, nourrit par sondes, d'ailleurs on a déjà eu une résidente en accueil de jour qui avait ça. Cela nécessite de bien former tout le monde au fur et à mesure. Mais on a un nouveau Médecin coordonnateur Gériatre à qui je laisse évaluer les dossiers et qui m'a déjà rendu des dossiers qui lui semblaient trop lourds pour l'EHPAD ; dans ce cas je les réoriente vers d'autres établissements. L'infirmière coordonnatrice aussi juge si ce n'est pas quelqu'un qui va déséquilibrer notre organisation.

Parfois, on peut accueillir un résident qui est moyennement dépendant et qui devient très dépendant donc plus médicalisée. Mais, une fois que la personne a pris ses repères chez nous avec les équipes et les autres résidents on ne peut pas la faire partir, on fait le maximum pour la maintenir jusqu'au bout et on s'adapte à son cas. Car selon notre philosophie, nous ne déplaçons pas des résidents qui deviennent très médicalisés car cela peut les perturber. Même pour les fins de vie, certains établissements envoient directement à l'hôpital, mais nous nous occupons jusqu'au bout. Et c'est indispensable car, avec la télémédecine, on a une équipe

mobile qui anticipe pour le week-end où elle n'est pas disponible en nous faisant des prescriptions au cas où ça s'empirait, avec des protocoles à respecter. Donc les équipes ne sont pas perdues le week-end et quand il n'y a plus personne de joignable.

En fait nous avons avant la mise en place de la télé-médecine, une convention avec les équipes mobiles qui se déplaçaient dans l'établissement mais aujourd'hui avec la télé-médecine, elles ne se déplacent plus et nous avons évolué dans notre convention. Le résident ne se déplace pas et comme souvent c'est l'équipe qui se déplace, alors on gagne en temps médical qui coûte cher : ils perdent beaucoup moins de temps et ils peuvent voir plus de personnes sur la journée.

Quelles sont selon vous les pathologies récurrentes en EHPAD ?

Les pathologies cancéreuses assez difficiles à traiter, détectées souvent tardivement car la personne n'exprime pas forcément ce qui va ou ne va pas. Dès qu'on a quelqu'un qui ne va pas bien, il faut penser en même temps à beaucoup de choses en fonction de son état. Les maladies d'Alzheimer et maladies apparentées, la moitié de nos résidents en souffrent, l'accompagnement est très individualisé et personnalisé dans ce cas. Notre particularité est que nous accueillons des personnes en situation de handicap mental vieillissantes avec des pathologies diverses associées à des pathologies psychiatriques comme les déficiences intellectuelles et autres maladies psychiatriques associées nécessitant un suivi psychiatrique, une convention est en train d'être signée d'ailleurs avec la Psychiatrie. On a de plus en plus des DMLA (Dégénérescence Maculaire Liée à l'Agé), le diabète avec des insulines et des dextroses à faire. Les pathologies qui nécessitent une médicalisation plus lourde pour nous à gérer sont les pansements qui demandent beaucoup de soins et de temps, les ulcères artériels ou veineux, les pieds diabétiques, les fins de vie, les insuffisances cardiaques avec traitement aux anticoagulants et un suivi biologique avec prise de tension tous les jours, des saturations en oxygène dans le sang plus important et respiratoire avec un besoin en oxygène, l'hypertension, la poly-pathologie finalement !

Comment arrivez-vous à maintenir l'équilibre entre lieu de vie et médicalisation.

La priorité c'est la vie dans l'établissement, le soin vient en complément. Nous concentrons les soins, les pansements et les toilettes sur le matin et privilégions les après-midi pour les activités des résidents.

Faut-il des moyens financiers supplémentaires face à la médicalisation importante ?

Nous avons la chance car nous étions un petit peu sous-doté dans notre première Convention Tripartite. C'est un calcul qui est fait en fonction du GMPS et du PMP. Et quand on est passé en 2^e Convention Tripartite, le calcul en 2014 a permis de nous allouer un peu plus de moyens qui sont à ajustement. Par contre, au niveau du Département nous n'avons eu aucune augmentation donc on a eu un poste d'infirmier en plus qui nous a permis de faire face à cette augmentation de besoins en soins. Je n'ai pas eu à demander de moyens supplémentaires, j'ai une équipe motivée qui travaille très bien et avec nos partenaires nous arrivons à faire un bon travail médical adapté à nos différents publics. Mais dans l'avenir effectivement attention à ne pas trop en rajouter parce que sans moyens supplémentaires on n'arrivera peut-être plus à ce moment là !

Projet de TLM, comment l'idée est-elle née ? Comment on peut se décider en tant qu'EHPAD à mettre en place un projet de télé-médecine ? Et comment on met en place ?

Pour nous ça s'est fait tout naturellement car on avait déjà la convention avec l'équipe mobile et lors d'une évaluation de cette convention, le Docteur L. m'explique qu'il va y avoir des appels à

projet voire des expérimentations sur la télémédecine. J'avais déjà entendu parler sur les médias et je m'étais aussi rendu compte que c'était parfois difficile de déplacer un résident vers des consultations extérieures surtout en ce qui concerne les troubles du comportement.

Il fallait soit que les équipes, soit les familles se déplacent avec le résident, à l'arrivée après tout le trajet et l'installation dans le local celui-ci était encore plus perturbé.

Donc j'ai fait partie du Comité de Pilotage à l'ARS qui avait une enveloppe spécifique télémédecine personnes âgées. Je suis donc allée avec l'équipe mobile de soins palliatifs en tant que partenaire EHPAD et il y avait aussi le GCS filière Gériatrie du Valenciennois avec le Docteur D. (qui deviendra notre futur médecin coordonnateur) qui était là aussi avec d'autres thématiques de télémédecine.

Et le GCS a d'abord fait un appel, a consulté tous les EHPAD du territoire et demandé ceux qui étaient intéressés. Ils ont également fait après les réponses, une enquête pour connaître les thématiques et les besoins qui intéressaient les EHPAD. Il y avait donc les soins palliatifs, la psychogériatrie, le parcours de soins ou l'optimisation des hospitalisations, l'iatrogénie qui concerne la réévaluation thérapeutique et la dermatologie. Nous sommes donc partis sur les 4 premières thématiques sur la télémédecine et 8 EHPAD étaient volontaires, avec le GCS, 2 hôpitaux dont Valenciennes et Denain.

Le CH de Denain avec son équipe **mobile gériatrique inter-EHPAD pour la psychogériatrie et la Gériatrie**. Et le CH de Valenciennes avec son **équipe mobile soins palliatifs**, des pharmaciens et gériatres volontaires pour la **iatrogénie** et l'**EMIOG** (Equipe Mobile d'Information et d'Orientation Gériatrique) inter-établissements aux urgences, en cardiologie, traumatologie, qui se déplacent dans les établissements pour voir les personnes âgées, qui ont plus qu'une pathologie et qui sont hospitalisés sur demande de leur EHPAD afin de voir si elles étaient bien orientées et décider de leur devenir. Sur demande du service concerné et de l'EHPAD, cette équipe réalise une téléconsultation dans la chambre du résident au niveau du service concerné à l'hôpital, **en collaboration avec les équipes médicales et paramédicales du service et de l'EHPAD pour permettre d'échanger sur le retour du résident et de la capacité de l'EHPAD à prendre en charge les traitements du résidents à son retour en institut ou s'il y a besoin de la garder encore quelques jours donc une optimisation de l'hospitalisation**. Mais ça a malheureusement jamais bien marché compte tenu des problèmes avec le chariot, la batterie, le réseau WIFI. On a donc pu le faire que 2 fois. Pourtant, pour moi c'est une thématique très intéressante parce que nous connaissons bien nos résidents et nous savons dire s'ils communiquent, s'il y a des changements car parfois les équipes de l'hôpital manquant certaines informations habituelles sur le résident, car parfois la prise en charge soit qui n'est pas forcément adaptée soit l'est trop ce qui du coup peut entraîner des pertes de tenue ou changer les habitudes du résident. D'une équipe à un autre à travers la téléconsultation, les informations passent beaucoup mieux, le résident voit les équipes de l'EHPAD et celles-ci la voient rassurant ainsi tout le monde.

C'est un travail en partenariat très riche et on arrive ainsi à **améliorer les pratiques professionnelles et les échanges entre les équipes médicales et paramédicales**.

Un comité de pilotage a été créé au niveau local pour travailler avec les 2 hôpitaux et les 8 EHPAD (**Les 4 Vents à Bruille Saint-Amand, Les Charmilles à Saint-Saulve, Résidence Vaillant Couturier à Marly, Les Feuillantines à Quievrechain, Le Champ d'Or à Marquette en Ostrevent, Notre Dame de la Treille à Valenciennes, Les Bouleaux – Les Sinoplies à Lourches et la Résidence Noël Leduc à Hasnon**).

Le COPIL à l'ARS était pour tout le département donc pour à la fois les projets pour Cambrai, Lille et Valenciennes. Il y a eu la définition de tout le processus, des protocoles et des formulaires

à entrer dans le logiciel ont été mis en place. Le projet de Valenciennes étant très abouti a été donc retenu.

Donc on a travaillé au niveau local, il y avait une maîtrise d'ouvrage pour l'informatique donc toute la partie conception du logiciel et du workflow, le matériel, et chaque spécialiste donnait ses informations et ses besoins. Chacun disposait d'un formulaire à renseigner, pour l'EHPAD (antécédents, accords, consentements). Ensuite, toutes les informations recueillies ont été transmises à une société qui a créé tous les logiciels par le biais d'une maîtrise d'ouvrage. Avant donc l'installation, la société informatique choisie e-SIS qui propose un réseau médical sécurisé en réseau complètement séparé d'avec celui de l'établissement est venu sur place dans l'EHPAD réaliser un audit sur le besoin matériel et le local, les câbles à tirer, le routeur pour le réseau sécurisé, les besoins de prises électriques et informatiques, une prise au plafond pour la caméra et tout ça a été à notre charge. Ils sont venus installés le matériel après.

Il y a eu la formation des différentes personnes concernées sur l'utilisation du matériel, les infirmières, les médecins, le Directeur, la Psychologue qui participe aussi. Et après, la phase de test pour voir si ça fonctionnait bien avec les différentes équipes. Les consultations effectives ont commencé par la suite et en fonction des besoins, nous en faisons toujours.

Comment s'articule le financement du projet de télémédecine ?

Le projet de Valenciennes ayant été retenu, le matériel a été financé par l'ARS. Les différents établissements impliqués ont financé les prises électriques et informatiques qu'ils ont dû installer dans ce cadre et le bureau qu'ils mettaient à disposition. L'ARS a financé l'ordinateur, la caméra, le système audio. C'était une expérimentation pour **3 ans**, l'ARS a aussi financé le fonctionnement pour 3 ans donc un **budget de 7000 € par an pour le fonctionnement et la maintenance du logiciel et du matériel**. L'investissement correspond à **10 000 € / établissement** financé par l'ARS pour le matériel qui était installé.

Donc l'expérimentation a été prolongée car ils sont dans la **4^{ème} année** d'exécution du projet prévu à la base pour **3 ans**. Mais pour cette **4^{ème} année** le financement n'a pas encore été reçu mais logiquement ils vont l'avoir. Il fallait au minimum 8 EHPAD pour que cela soit conséquent, tous les 8 ont reçu le financement, et demandent tous des consultations aux 2 hôpitaux.

Quels types d'actes de télémédecine pratiquez-vous ? A raison de combien à peu près sur l'année ? Nous faisons généralement des téléconsultations et téléexpertises.

Nous avons **commencé le 17 novembre 2014 dans notre établissement**,

2014 : en 1 mois et demi nous avons réalisé 7 actes.

2015 : 26 téléconsultations + 6 téléexpertises = 32 actes

2016 : 10 téléconsultations + 3 téléexpertises = 13 actes

2017 : 14 téléconsultations + 1 téléexpertise = 15 actes

Au début ils ont fait plus de psychogériatrie et troubles de comportement **mais aujourd'hui ces personnes sont stabilisées, ça va mieux peut-être grâce à la Télémédecine**. Et ensuite, plus de soins palliatifs. L'iatrogénie revient régulièrement pour des évaluations thérapeutiques, pour les nouveaux entrants qui viennent avec beaucoup de médicaments et cela permet d'avoir des avis pour savoir si tous les médicaments sont nécessaires pour le résident.

Ce n'est pas énorme à l'échelle d'un EHPAD car tout est en fonction des besoins et du nombre de résidents de l'établissement.

C'est aussi en période expérimentale !

Avez-vous des retours de la part des résidents ou des familles ? Y a-t-il des indicateurs pour évaluer le projet ?

Un peu compliqué pour la psychogériatrie car les personnes ne sont pas toujours dans la possibilité de s'exprimer, de dire ce qu'ils pensent de la téléconsultation. Pareil pour les soins palliatifs. Mais il y a un indicateur dans le formulaire de réponse (du genre « était-ce satisfaisant pour le résident? ») et c'est souvent le site sollicité qui répond.

Moi je n'ai jamais eu quelqu'un qui a refusé ; forcément on a bien expliqué les choses avant et même aux résidents malades ALZHEIMER, ça été expliqué en douceur et parfois l'acte de télémédecine se fait en 2 parties : **une partie avec le résident et une autre entre professionnels**. Il arrive en téléexpertise que l'on voit d'abord l'équipe médicale avant et on cherche le résident et les familles dans un deuxième temps.

Pourrez-vous s'il vous plaît m'expliquer le déroulement de la téléconsultation ?

Le médecin de l'autre côté dit bonjour, se présente, le résident n'est jamais seul il y a toujours une infirmière à côté, qui explique parfois ce que dit le médecin. Mais nous n'avons jamais eu de résident qui demande ce qui se passe ou qui est surpris. Les résidents ont toujours bien compris que c'était un médecin en face. Et quand le médecin posait des questions bien souvent il avait des réponses.

J'ai une collègue qui m'a dit qu'un jour **une résidente avait été perturbée par la présence des médecins qu'elle avait vu à la télé** et qui disait qu'elle avait vu des gens qui lui parlait dans la télé.

Mais pratiquer les actes de télémédecine, ça **se prépare aussi en amont auprès des résidents et des familles**. Nous, "*nous avons beaucoup de familles qui participent aux séances de télémédecine*"; c'est très intéressant car il y a **plus d'informations et d'échanges entre les familles et le médecin concernant les soins palliatifs**, les familles comprennent mieux la prise en charge et sont rassurées. Et il y a la **psychologue** aussi qui est présente, le **médecin coordonnateur** participe très souvent, une fois sur deux, les familles sont présentes, mais les **médecins traitants ne participent pas beaucoup** parce que ça ne rentre pas forcément dans leur créneau ou n'ont pas beaucoup de temps donc ils ne sont pas très disponibles. **L'infirmière coordonnatrice** presque toujours avec **une autre infirmière**, mais si elle n'est pas présente, il n'y a donc qu'une seule infirmière. Ils sont bien souvent 2 pour accompagner le résident.

Les familles participent chez vous, ailleurs elles ne participent pas !

C'est assez différent en fonction des EHPAD car j'ai des collègues qui me disent que les familles ne participaient pas. Alors est-ce parce que nous avons beaucoup parlé avec les familles du projet en Conseil de Vie Sociale (CVS) en amont ! Déjà en 2012, je parlais de la télémédecine en CVS pour ne commencer qu'en 2014 donc pendant 2 ans j'ai parlé du projet. Aujourd'hui quand quelqu'un visite l'établissement, je fais visiter la salle de télémédecine avant même que le résident n'entre en institution.

Pour les médecins traitants on leur a fait un courrier et on leur a aussi **expliqué mais il n'y a pas beaucoup qui consacrent du temps à la télémédecine** alors qu'on a toujours besoin de leur autorisation pour l'effectuer. Il y a toujours des **médecins qui n'ont pas trop envie ou qui refusent**. Quand on demande l'avis d'un spécialiste, le médecin traitant doit être d'accord, on lui explique clairement que c'est un avis que c'est lui qui reste prescripteur, c'est un avis de spécialiste pour aider, guider donc on le présente comme un outil d'aide.

Aujourd'hui, **ça commence à rentrer tout doucement dans les mœurs et dans leur culture mais au début ce n'était pas toujours très bien accueilli**.

Surtout quand on fait de la **réévaluation thérapeutique**, il y a un Pharmacien et un Gériatre qui donnent leurs avis sur l'ordonnance du médecin traitant : ça ce n'est pas toujours bien reçu mais on a travaillé autour de ça (au début ça s'appelait la iatrogénie maintenant la réévaluation thérapeutique et **nous avons précisé au médecin traitant qu'il a la possibilité de refuser ces genres d'avis**, dans ce cas vous nous le consigner dans le dossier que vous ne voulez pas de télémédecine pour votre résident. **Si vous ne faites pas on considère que vous êtes d'accord**. Parce qu'à chaque fois qu'on demandait ils disaient toujours non donc on a fait le travail à l'envers. Donc beaucoup, n'ont rien dit donc c'est qu'ils sont d'accord mais on soumet toujours l'avis délicatement, ils ne suivent pas toujours. Après de l'avis qui est donné quel pourcentage est suivi ! Il y a justement un médecin qui travaillerait à l'hôpital de Valenciennes sur le sujet. A la

fin de l'acte, un compte rendu rapide et des propositions sont transmis et nous les soumettons au médecin traitant.

Quels retours avez-vous sur le projet ?

Effectivement on a un compte rendu avec des propositions mais **le médecin peut refuser mais il n'y a pas d'indicateurs en ce sens.**

Je pense que ce serait intéressant de mettre en place une démarche pour recueillir le pourcentage de suivis d'avis émis, d'hospitalisations évitées et de patients soulagés...grâce aux actes de télémedecine en EHPAD.

Effectivement, il n'y a pas beaucoup d'indicateurs pertinents qui existent, **pas beaucoup de recule sur les projets permettant de le savoir !**

Quelles sont les apports, la plus-value de la télémedecine pour vous ? Confirment-ils ou pas vos attentes de départ ?

En termes de ressources dédiées, pas beaucoup de différence puisque le temps qui était peut-être consacré à préparer les papiers pour une consultation voire un accompagnement professionnel, effectivement c'est du temps mais le dossier télémedecine aussi il faut remplir le dossier et **ça prend à peu près le même temps** donc on n'est pas forcément gagnant là-dessus. Par contre, ce qui est extrêmement favorable pour moi, c'est l'accès beaucoup plus rapide aux spécialistes.

On a **un avis, un rendez-vous sous 1 ou 2 jours**. C'est **extrêmement rapide** pour tout ce qui est psychogériatrie, soins palliatifs, on a une très grande réactivité donc on améliore effectivement l'accès aux soins. Avant, il fallait compter une semaine voire plus pour que l'équipe mobile vienne dans l'établissement, et si vous voulez une consultation en psychogériatrie ou psychiatrie souvent 15 jours voire un mois. Et là avec la télémedecine c'est vraiment très rapide.

Et moi **j'aimerais avoir la thématique de Dermatologie où les rendez-vous sont longs aussi**, ce serait très intéressant car si vous voulez évaluer une plaie, vous êtes pratiquement obligé de faire hospitaliser le résident pour une évaluation de plaies. **Donc un accès aux soins amélioré.**

De l'autre côté, pour les équipe mobile, il y a **optimisation du temps médical** puisqu'elles ne se déplacent plus, donc des déplacements sont évités donc il y a une plus-value pour la Sécurité Sociale à travers la diminution des déplacements ambulants soit en VSL soit allongé. Eventuellement si l'EHPAD détache un professionnel pour aller en consultation avec un résident, ça prend pas mal de temps évidemment, bien souvent on travaille avec les familles.

Selon nos objectifs de départ :

*Optimiser la qualité de la Prise en charge de la personne âgée institutionnalisée particulièrement fragile. Donc nous pouvons dire que la télémedecine permet d'optimiser la qualité de la prise en charge des résidents, des **révisions d'ordonnances avec optimisation de l'ordonnance**, des déplacements d'ambulances évités, pas d'attentes avant la consultation permettant d'éviter la désorientation et l'énerverment de la personne âgée, des **rendez-vous et comptes rendus très rapides, l'accès aux soins et aux compétences spécifiques plus rapides, les familles participent** activement et se sentent beaucoup plus associées à l'accompagnement de leurs proches.

*Optimiser les parcours de soins : donc accès aux soins plus rapides, mais nous n'avons pas pu optimiser les hospitalisations car la majorité des hospitalisations se fait quand même en Court Séjour gériatrique donc là les équipes mobiles n'interviennent pas.

*Améliorer l'accès à des soins et compétences spécifiques et rapidité d'accès aux soins spécifiques : il y a un avantage aussi.

*Améliorer la collaboration entre professionnels de santé pour la réalisation d'actes : excellente collaboration entre professionnels, des **échanges professionnels riches et pertinents et une bonne évolution des pratiques professionnelles**. On a vu ça pour les soins palliatifs, des fois ils prennent en charge, en fin de vie, les pansements donc **quand on a des pansements compliqués, les professionnels de l'hôpital, formés spécifiquement à la cicatrisation sont intervenus et nous ont donné des protocoles de soins, nous avons vu des plaies se guérir beaucoup plus rapidement qu'avant**. Et donc nous appliquons pour la suite ces conseils professionnels spécifiques qui nous sont donnés. Pour tout ce qui est douleur, l'équipe mobile soins palliatifs a une grande connaissance de toutes les nouveautés qui marchent très bien et elles nous les soumettent et ce sont des choses auxquelles on pense beaucoup plus vite et quand on se retrouve face à ces situations et on améliore les pratiques professionnelles généralement. **Harmonisation aussi de pratiques professionnelles**.

Tout ça ce sont les retours des 3 années de télémédecine en EHPAD : éviter les déplacements pénibles et coûteux pour les résidents, 40 déplacements évités sur 67 (soit un déplacement en ambulance soit un déplacement d'équipes mobiles évité), le temps médical et les véhicules à utiliser, **le personnel et la logistique qui vont avec**.

Pour le système de santé : **diminution des hospitalisations et des coûts de transport**, meilleure qualité de l'accompagnement et des soins pour les résidents. **A ce jour, l'accompagnement est difficile à mesurer**.

Nous utilisons **Télépallia et Télépédia**. Les délais moyens de rendez-vous sont à **3 jours**, va de 1 à 14 jours (14 jours tout ce qui est réévaluation thérapeutiques, qui ne sont pas des urgences à traiter). Par contre en soins palliatifs et psychogériatrie beaucoup plus courts.

Quels sont les problèmes rencontrés dans l'exécution des actes de télémédecine ? Pour le parcours de soins la WI-FI ne fonctionnait pas et nous nous n'avons pas non plus de Wi-Fi donc on a un système qui est fixe dans le bureau médical. Donc pour les fins de vie même si on lève les personnes et qu'elles sont assises dans des fauteuils confortables il est difficile de déplacer leurs lits. **S'il y avait un système mobile de télémédecine pour aller au lit du résident ce serait bien !** Des problèmes de réseau oui on a eu au début surtout quelques difficultés soit on n'avait pas de sons, soit pas toujours d'images. Surtout sur la mise en route il y a eu pas mal de problèmes techniques mais aujourd'hui, ça arrive encore mais rarement soit le son est haché ou disparaît subitement.

Quels peuvent être les freins ?

Un vrai frein : même si le système audio va très bien, on a **beaucoup de personnes malentendantes** donc même si la personne parle fort et clairement à l'écran, il faut bien souvent reformuler. Certains résidents ont aussi des troubles visuels. Freins : le dispositif est nouveau donc il faut que tout le monde s'approprie l'outil, comprendre le fonctionnement.

Le temps de saisie des données pour la demande est un peu long au début, mais après la première partie du dossier peut être copiée et le reste va plus vite. Ce qui n'est pas évident c'est la coordination des différents personnels et la disponibilité des médecins traitants donc forcément les créneaux de télémédecine c'est les mardi après-midi donc disponibilité de tout pas facile et il faut de la **souplesse de la part de tout le monde**.

Pouvez-vous dire aujourd'hui que vous avez atteint les objectifs que vous vous êtes fixés au départ?

Pour moi, **oui**.

Avez-vous élaboré un questionnaire de satisfaction afin d'évaluer la satisfaction des différents utilisateurs ?

On n'a pas fait de questionnaire de satisfaction là-dessus. Dans le questionnaire que nous faisons annuellement je n'ai pas de questions sur la télémédecine. Mais nous transmettons des indicateurs périodiquement. Aussi tout le monde n'est pas concerné par la télémédecine il n'y a que quelques personnes. Du point de vue des équipes ça été bien accueilli et je pense qu'il faut continuer à informer et expliquer.

Qui sont les Intervenants ?

En fonction des besoins et comme des formulaires ont été remplis donc, selon les cas d'autres personnes peuvent invitées à participer à la consultation.

*Equipe mobile psychogériatrie : psychogériatrie avec souvent une infirmière et une infirmière coordonnatrice

*Equipe soins palliatifs : 1 médecin avec une infirmière, psychologue, une fois il y a eu un spécialiste pour pansements

*Equipe pharmacie : toujours un gériatre et un pharmacien

Au début 30 min pour remplir et soumettre la demande, aujourd'hui réduit à **20 minutes**. En moyenne une consultation de télémédecine dure **30 minutes** mais au début parfois 45 minutes. Au début les **comptes rendus étaient vastes et pas très lisibles** mais ça s'est amélioré.

Un **avenant au règlement de fonctionnement a été établi** pour demander un consentement à tous les résidents, tout le projet est expliqué au résident, il doit dire s'il est d'accord ou s'il refuse, il signe l'avenant et remet au directeur. En sachant qu'à chaque téléconsultation, ils redemandent un accord oral même si le directeur a à sa disposition l'accord signé par écrit.

Quels sont vos espoirs face à l'avenir ?

Le système est déjà installé, mais c'est surtout **avoir de nouvelles thématiques** qui vont se rajouter à celles déjà existantes. Il y a aujourd'hui **beaucoup d'outils connectés** je pense au stéthoscope connecté, un électrocardiographe connecté, un tensiomètre connecté donc une consultation cardio pourrait se faire ou un suivi cardio à travers une interprétation des données recueillies à distance car on a beaucoup de pathologie cardiovasculaires donc cela nécessite un suivi pour certains.

Mais il ne pas tout généraliser par exemple pour notre public handicapé qui a besoin de soins en psychiatrie et un suivi en CMP, il faut des déplacements. Surtout bien restés dans les objectifs que l'on s'est défini et aller en consultation c'est aussi la vie sociale.

Donc c'est surtout quand le déplacement est difficile et quand les personnes sont très désorientées (on a 25% de résidents qui souffrent de maladies d'Alzheimer ou apparentées).

La Convention Tripartite est remplacée par les CPOM : quels changements apportent les CPOM ?

Nous signerons l'année prochaine. Je n'ai pas encore travaillé sur les nouveaux mais je pense qu'on va retrouver toujours les objectifs de qualité et d'accompagnement, peut-être ce qui va changer fondamentalement c'est le PRD et le RD c'est la façon de financer les EHPAD surtout

car avant on avait notre budget prévisionnel mais maintenant on a le PRD vous allouera autant en fonction de votre activité : c'est une tarification à l'activité donc vos charges doivent rentrer dedans sinon vous devez les diminuer. Il paraît mais je ne sais pas encore qu'il y aurait plus de souplesse et de négociation possible au niveau des objectifs et des moyens et sur l'affectation du résultat. *"Je vous dirai dans 2 ans comment je l'aurai vécu..."*

Concernant le personnel vous n'avez pas de soucis ?

Je m'estime heureux car on a un nombre de personnel correct pour faire un travail de qualité, plus serait mieux mais il faut que je fasse attention et vigilance car il faut remplacer en cas d'absence et nous avons défini le personnel nécessaire pour faire un travail de qualité chaque jour. Nous avons 3 éducateurs pour notre public handicapé c'est aussi des professionnels que n'ont pas d'autres établissements donc ce sont des bras supplémentaires et ça aide. *Mais j'entends des professionnels qui disent que c'est de plus en plus lourd et je me rends compte que c'est bien souvent par rapport à l'augmentation des pathologies et de la dépendance.* Donc je pense à bien négocier dans mes prochains CPOM. Je travaille sur la formation des équipes car c'est très important. Je devrais faire un petit peu d'économie mais je n'ai pas envie de faire des économies sur le personnel parce que j'en ai besoin donc il faut travailler sur *l'absentéisme*. Sur le reste on a déjà essayé de faire des économies avec des groupements d'achats et les marchés.

Avez-vous du matériel médicalisé ?

Nous avons des *lits médicalisés dans toutes les chambres, 3 lève-personnes, des chariots de douche*, et parfois il faut 2 personnes pour la toilette.

Coût d'un acte de télémedecine ?

Au début il n'y avait pas de nomenclature, maintenant il y a une récente depuis quelques mois mais je ne me rappelle plus des tarifs. Il y a un acte pour le médecin, pour le spécialiste de l'autre côté et le médecin traitant s'il est présent aussi il peut valoriser son acte auprès de la sécurité sociale. Souvent ce sont les spécialistes, nous, *nous n'avons pas de vu là-dessus.*

Je soutiens le 22 septembre 2018 ...

Je vous remercie Monsieur OPSOMER pour votre accueil chaleureux. Merci pour le temps, les informations et la visite de la salle de télémedecine. Je vous souhaite une belle fin de journée.

Merci à vous aussi et bon courage pour votre mémoire. Bonne fin de journée également.

**Synthèse de l'entretien avec Mme Justine LAIGLE,
IDE référente télémédecine, EHPAD « Noël Leduc »**
11 Rue Pierre Lauwers, 59178 HASNON. Jeudi 09 août 2018 à 14h00

Entretien mené par Yawa AGBORAZE GBETOGLO, dans la salle de télémédecine.

Bonjour Madame, je vous remercie pour ce rendez-vous et pour votre accueil...

Pourriez-vous s'il vous plaît vous présenter ? Dire le titre de la fonction que vous occupez et aussi vos différentes missions ?

Justine LAIGLE, infirmière diplômée d'Etat depuis juillet 2013 et travaillant depuis avril 2016 à la Résidence « Noël Leduc ». A mon arrivée, l'établissement pratiquait déjà de la télémédecine.

Quels types de résidents accueillez-vous ? Et quel est leur moyenne d'âge ?

C'est un établissement privé à but non lucratif, accueillant 75 résidents et disposant de 2 unités de vie au rez de chaussée : une unité fermée protégeant pour personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou apparentées avec 12 résidents et une autre unité pour personnes handicapées vieillissantes qui n'est pas fermée et des AMP qui travaillent. Il y a 3 infirmières d'Etat et 1 infirmière coordonnatrice, un responsable logistique, une directrice, actuellement pas de médecin coordonnateur. La population accueillie a une moyenne d'âge de 85 ans ; la plus jeune résidente a 49 ans, c'est une personne handicapée et la doyenne a 102 ans. Beaucoup de résidents ont entre 90 et 100 ans.

Quelles sont donc vos missions au sein de l'établissement ?

Réaliser les soins infirmiers, coordonner et manager les équipes pendant l'absence de l'infirmière coordonnatrice ; prévenir les maladies, guider les aides-soignants sur comment bien réaliser les soins, l'hygiène. Je suis aussi le lien entre le résident et le médecin traitant, je gère les rendez-vous, le transport et le lien avec les familles pour une meilleure implication. Les infirmiers sont très polyvalents et autonomes. Mais nous rencontrons aussi des difficultés comme dans tous les établissements de France : difficultés de manque de personnels, difficultés à remplacer. Et ça, c'est l'Etat qui ne nous donne pas assez de budget pour engager plus.

Quelle est la philosophie et la vision de votre établissement ?

Accompagner le résident au mieux vers ces derniers jours parce que souvent quand on rentre en EHPAD c'est pour vivre ces derniers jours. On accueille des gens de plus en plus dépendants parce qu'on garde les gens de plus en plus à domicile et c'est quand ce n'est plus possible qu'ils arrivent en EHPAD. Bien qu'il y a des gens qui arrivent parce qu'ils s'ennuient chez eux aussi. Nous sommes formés, au niveau du Pôle Sameon-Beuvry-Hasnon pour les 3 EHPAD, à des méthodes comme la méthode « Carpe Diem », développée au Canada. C'est une méthode d'accompagnement des personnes vieillissantes qui est pour le fait de laisser la personne faire au maximum de ses capacités et de la stimuler au maximum pour qu'elle fasse elle-même. Donc on s'adapte au résident.

Quelles sont les pathologies récurrentes ?

Ce sont souvent des personnes victimes d'AVC ayant des hémiparalysies, diabétiques, avec des insuffisances rénales et cardiaques ; il y a aussi les MAMA (Maladie Apparentée à la Maladie

d'Alzheimer), les troubles, ici nous avons peu de plaies, d'ailleurs ça fait très longtemps que nous n'en avons pas eu ; on n'a pas de pansements complexes d'ulcère et les rares fois où il y en a nous utilisons le miel. Pour nous, les escarres sont considérées comme une faute c'est parce qu'on n'a pas fait ce qu'il fallait faire. "J'avouerais que souvent les résidents ont des escarres quand ils reviennent d'une hospitalisation à l'hôpital !"

Quels sont les soins habituellement prodigués ?

On essaie de limiter les médicaments tant qu'on peut, on évite les neuroleptiques, de même que les hypnotiques (pour dormir, nous proposons le soir des tisanes pour aider ou alors on voit les causes éventuelles qui peuvent empêcher le sommeil). L'homéopathie aussi est utilisée, également pour la nutrition nous choisissons plutôt du naturel et pas trop souvent des compléments alimentaires qui parfois sont écœurants et peuvent entraîner des diarrhées ; donc nous allons mettre plutôt des suppléments de protéines comme de lait dans les repas de chaque jour, nous avons des animaux qui nous aident pour les soins. Un chien d'accompagnement (nommé Hippy) pour apaiser les personnes, il y a des poissons dans l'aquarium, 2 ânes et 3 chèvres, des ballades en Calèche. Il y a aussi un chariot SNOEZELEN, méthode de relaxation par l'essence, un chariot mobile qu'on met dans la chambre du résident.

On travaille beaucoup en collaboration avec les familles, ce qui facilite le travail quand la personne est en fin de vie, on leur explique comment ça va se passer et on leur demande ce qu'ils veulent pour leurs proches. On travaille avec le médecin pour mettre en place des protocoles pour les personnes qui refusent les soins.

Quel est le niveau d'autonomie des résidents ?

On a de tout. L'autonomie on la mesure en GIR, donc on du GIR1 au GIR5. Les GIR sont réévalués tous les 3 ans je pense et cela contribue à définir le budget des EHPAD, ici ça été réévalué l'été dernier. Et nous on les met régulièrement à jour.

Pour vous quels sont les enjeux dans votre profession et en EHPAD aujourd'hui ?

Pour moi, c'est d'accompagner au mieux le résident, au maximum éviter les hospitalisations qui sont parfois inutiles et en plus qui surchargent les urgences et les hôpitaux. C'est pour cela que nous faisons appel à la télé-médecine car on a des consultations rapidement, avec des spécialistes qui vont nous orienter au mieux et surtout nous permet de prendre en charge des résidents avec des problèmes de comportement. Par exemple pour un refus de soins ou de nursing, parfois les médecins traitants ou gériatres n'osent pas mettre en place certaines méthodes. Parce que c'est important d'avoir des avis sans déplacer la personne et ça nous aide aussi à mieux nous en occuper et ça rassure aussi les familles des résidents. Donc la télé-médecine nous apporte beaucoup là-dessus.

Pour vous, est-ce que vous appréhendez le fait d'amener un résident en hospitalisation ? Qu'est-ce que cela requiert ? Parce que vous parliez tantôt des escarres.

On sait que des fois quand ils vont partir en hospitalisation, quand ils sont déjà faibles, si on n'a pas eu de protocole avec les médecins, c'est des gens qu'on ne reverra jamais. Car nous nous sommes limités parce que nous ne pouvons pas faire toutes sortes de soins, des perfusions en intraveineux, on peut faire des soins le jour mais pas la nuit et pour ceux qui nécessitent des soins nuit et jour ce ne sera pas possible en EHPAD, de même que pour des soins assez lourds. La nuit il n'y a pas d'infirmière, il n'y a que des Aides soignants qui sont présents la nuit.

Quels sont donc les soins possibles en EHPAD ?

Tout ce qui est intraveineux simple pour un court moment, nous pouvons, mais si ça doit rester plus longtemps et la nuit, on ne peut pas. La transfusion n'est pas possible en EHPAD car ça nécessite la présence d'un médecin dans l'établissement.

Sinon, tout le reste des soins sont possibles, la Pharmacie d'Hasnon nous délivre des médicaments. Sauf si nous ne disposons pas de matériels ou de personnels formés pour un cas. Ou des cas de plaies complexes avec la V.A.C. thérapie pour cicatriser les plaies. Sinon nous faisons appel à l'HAD pour les pansements trop lourds ou pour la V.A.C. thérapie et les fins de vie.

J'ai travaillé sur l'évaluation annuelle du partenariat entre l'HAD et les ESMS pour mon mémoire de DU l'année dernière, est-ce que vous leur faites appel souvent ?

Non, ça doit faire bientôt un an que nous n'en avons pas eu besoin car pas de cas de fin de vie ni de plaies complexes. L'HAD met en place les pompes de morphine par exemple.

Pourquoi la télémédecine en EHPAD ? Pouvez-vous me décrire une consultation de télémédecine très brièvement ?

Souvent pour une problématique de comportement. Ici on en pratique 2 essentiellement : les consultations avec le psychogériatre au CH de Denain pour les refus de soins, la dépression, un accompagnement difficile ou des troubles alimentaires. Et téléconsultation avec l'équipe mobile de soins palliatifs du CH de Valenciennes et pour les douleurs aussi. Je sais qu'il existe d'autres utilisations comme TELEHPADIA pour la iatrogénie mais nous n'en utilisons pas.

Au préalable on voit avec le médecin traitant et c'est très important d'avoir son accord avant tout acte de télémédecine. Chaque résident a son médecin attribué. Parce que quand on fait une consultation de télémédecine, le médecin qui réalise l'acte va faire des propositions, il ne va faire d'ordonnance ; et c'est le médecin traitant qui décide de mettre en place ou non.

Une fois l'accord obtenu, on se connecte à la plateforme ACCELIS pour faire les demandes d'actes de télémédecine, avec toutes les précisions afférentes à la demande aux centres hospitaliers participants. C'est aussi ACCELIS qui intervient en cas de soucis techniques. Sur la plateforme on a un tableau de bord et des résumés de tous les actes réalisés jusque là. Et notre responsable fait des points, vu qu'on est établissement pilote.

C'est l'infirmière qui remplit la demande, une demande prend 20 minutes à peu près. Et il y a des jours dédiés donc nous voyons cela avec les infirmières des CH pour fixer les jours et on a très vite les dates pour la réalisation des actes.

Le jour de la téléconsultation, il y a une infirmière, le résident, le médecin, l'aide soignant pour les questions relatives à l'hygiène et autonomie. Le médecin échange avec le patient et les équipes et pose des questions.

Prenez-vous des constantes ?

Généralement non et la consultation dure 30 minutes à peu près.

A la fin on a un compte rendu rapide et on le transmet au médecin traitant : soit par téléphone si urgent ou par courrier ou par lecture au passage du médecin en EHPAD. Et on a la décision du médecin et la prescription d'ordonnance et la mise en place de protocole si besoin. Les médecins qui réalisent les actes ne prescrivent pas d'ordonnances.

Mais pour les soins palliatifs, les médecins des équipes mobiles font la prescription d'ordonnances et peuvent faire appel directement à l'HAD en faxant les ordonnances, vu que

parfois c'est urgent. Mais le médecin traitant est toujours informé de tout ce qui est mis en place car ça reste son patient.

"Et ça c'est parfois les difficultés que nous pouvons rencontrer".

Justement, quels sont les problèmes que vous rencontrez lors de la réalisation des actes de télémédecine ?

Le médecin traitant n'est pas d'accord pour la télémédecine ou pour faire appel aux équipes mobiles en disant que c'est son patient et qu'il n'a pas besoin d'avis extérieurs pour l'accompagner. Même si nous nous expliquons qu'il y a besoin pour notre accompagnement et pour le bien du patient. Surtout ça nous évite souvent des hospitalisations. Il peut aussi ne pas être d'accord avec les propositions et donc ne pas mettre en place les choses.

Il y a aussi une certaine méfiance de la part de certains médecins qui pensent qu'il faut toujours voir le patient en vrai, physiquement pour mettre en place un bon traitement. Surtout pour les soins palliatifs, certains médecins refusent des téléconsultations mais demandent que les équipes mobiles se déplacent pour voir le résident. Dans ce cas pas de soucis.

Une certaine confiance doit s'établir entre l'infirmière et le médecin traitant pour accepter ce qu'elle dit et ce qu'elle rapporte aux équipes mobiles.

Les gens ont-ils peur de briser le lien humain à travers les pratiques de télémédecine ?

Non, je ne pense pas car si l'EHPAD ou le médecin traitant veut que les équipes de télémédecine se déplacent, elles le font et avec le temps aussi elles apprennent à mieux connaître les résidents. Surtout nous connaissons les médecins de télémédecine et c'est toujours les mêmes, donc un lien de confiance s'est installée entre nous donc pas de soucis. Sinon c'est vraiment le lien avec le médecin traitant qui est plutôt problématique.

"Mais pour moi, des consultations pour la cardiologie et la dermatologie, je comprendrais que ça soit difficilement acceptables et que le résident soit vu physiquement."

Des soucis avec le réseau ?

Des fois nous n'arrivons pas à accéder à la plateforme et parfois le réseau n'est pas bon. Mais on a un numéro pour joindre les techniciens qui règlent les problèmes très vite.

Donc le RDV se tient quand même s'il est prévu malgré les problèmes techniques ?

Oui, si le RDV est prévu on le fait par téléphone. Mais pas pour la psychogériatrie car le médecin a besoin de voir le résident pour juger.

C'est parfois perturbant pour le résident de se dire je parle à un médecin via un écran surtout en cas de troubles.

On ne rencontre pas de réticence de la part des familles mais elles ne participent pas aux actes de télémédecine.

Vous les avertissez ?

Oui, il y a un avenant au niveau du contrat de séjour qu'ils peuvent accepter ou refuser. On n'en a déjà eu qui ont refusé mais pas beaucoup, ou alors certains patients après avoir fait une fois n'en veulent plus, c'est rare.

Est-ce que les actes de télémédecine apportent quelque chose de plus à votre travail ?

Oui, ça apporte énormément. Des traitements ont été instaurés par la télémédecine et qui marchent bien pour les refus de soins et les troubles du comportement. Nous sommes bien suivis par les médecins pour des réévaluations. Des résidents suite à un acte de télémédecine

arrivent à avoir des rendez-vous plus réguliers avec les médecins de la télémédecine et ça les stabilise et les rassure. Pour les soins palliatifs, aussi on a de bons résultats en ce qui concerne la gestion de la douleur. Nous anticipons aussi pour les personnes qui arrivent en fin de vie, les équipes mobiles les connaissent et mettent à l'avance des protocoles.

Et l'appréciation des résidents ?

Souvent ce sont des personnes qui ne peuvent pas s'exprimer vraiment. Sauf pour les cas dont j'ai parlé où des personnes qui n'avaient pas de troubles mais qui étaient déprimées et qui après une téléconsultation disent ne plus vouloir voir le même médecin de téléconsultation. Les personnes qui n'ont pas de troubles cognitifs peuvent être réticentes.

Et pour les familles ?

Elles sont plutôt contentes de savoir qu'il y a d'autres avis et que leur parent ou proche est bien accompagné et suivi. On leur explique et on échange avec elles. Et si elles voient les résultats, on a des retours positifs.

Et pour l'établissement ?

Les équipes sont souvent fatiguées par les violences qui peuvent naître des refus de soins. Ces cas entraînent parfois des violences de la part de la personne ou des équipes qui sont obligées de soigner malgré le refus. Donc la télémédecine apporte une aide, un soutien pour les soignants et l'établissement. Mais, c'est chronophage car ça prend du temps et nécessite du personnel. Mais quand on fait le point avec les retours positifs, on a envie de continuer.

Y a-t-il des enquêtes de satisfaction pour évaluer les apports de la télémédecine ?

L'infirmière coordonnatrice fait un point sur les actes réalisés et leur nombre. Mais je ne crois qu'il y a des enquêtes spécifiques de satisfaction.

Quels sont vos espoirs ?

Qu'on élargisse le champ de la télémédecine à d'autres thématiques. Que ça devienne un réflexe. C'est vrai que quand nous sommes deux infirmiers, il n'y a pas de soucis, mais quand on est seul, c'est difficile d'aller pour un acte de téléconsultation, car les résidents ont besoin d'aide pendant ce temps. Il faut du personnel.

Il n'y a donc pas de personnes dédiées ?

Non. Et c'est chronophage parfois.

Pour quelles maladies pensez-vous qu'on puisse élargir le champ ?

Je sais qu'il y a beaucoup de possibilités et je sais que la télémédecine est un outil adapté à l'EHPAD.

Mais vous n'avez pas de protocole écrit comme un rappel mémoire des situations pour lesquelles il faut faire appel à la télémédecine ?

Non, mais on est au courant des problèmes et on en discute avec l'infirmière coordonnatrice et on décide.

Je soutiens le ... Je vous remercie pour cet entretien riche et pour votre disponibilité. Bon courage et bonne journée.

Merci à vous aussi, bon courage pour la suite.

Annexe III-3 : Synthèse de l'entretien avec Mme le Dr. Anne HUGODOT, Gériatre et Médecin Coordonnateur en EHPAD et en USLD

Synthèse de l'entretien avec Mme le Docteur Anne HUGODOT,
Médecin Gériatre et Médecin Coordonnateur en EHPAD et en USLD

« EHPAD SOMANIA », CH de Somain, 61 Rue Joseph Bouliez 59490 Somain. Vendredi 17 août 2018 à 15h30.

Entretien mené par Yawa AGBORAZE GBETOGLO

Bonjour Docteur, j'espère que vous vous portez-bien ! Je vous remercie de m'avoir accordée ce rendez-vous afin d'échanger sur ... Je suis Yawa AGBORAZE GBETOGLO... Pouvez-vous vous présenter s'il vous plaît ?

Je suis le Dr Anne HUGODOT. Je suis Médecin diplômée de Santé Publique et Gériatre. Je viens de passer le DU de Médecin coordonnateur. Cela fait 4 ans que je travaille en EHPAD. J'étais avant chef de service en SSR. J'apprécie beaucoup ma pratique professionnelle actuelle car je me sens plus utile, j'aime être avec les personnes âgées, les accompagner afin de leur permettre de finir leur vie avec des soins de qualité grâce aux équipes, dans un univers qui leur est propre. C'est un environnement riche, pluri professionnel et ça me correspond bien.

Quelles sont vos missions au niveau de l'EHPAD ?

Je suis à 0,3 ETP. Je passerai à 0,8 ETP bientôt. J'ai une double casquette car je fais la coordination médicale et le soin car les médecins traitants de ville n'interviennent pas sur l'EHPAD de Somain, contrairement à d'autres EHPAD. Je travaille sur 2 autres EHPAD où les résidents ont leurs médecins traitants.

La coordination médicale consiste à assurer la permanence des soins et à coordonner les soins avec tous les intervenants au niveau de l'EHPAD. J'ai 30 résidents en EHPAD et 30 patients en USLD. Je vois également les projets personnalisés des résidents avec le Cadre de santé. Je fais toutes les visites de pré admission. Je tiens à jour les dossiers de soins et je rédige des rapports d'activité annuels. J'élabore des protocoles de soins et je tiens des réunions d'équipes. C'est l'accompagnement des équipes pour assurer une qualité de vie aux résidents. Je reçois régulièrement les familles surtout en cas de détresse car on a parfois des situations de fin de vie. Je travaille souvent avec le service Qualité et avec l'équipe hygiène surtout en cas de risque infectieux et j'essaye de limiter les médicaments pour éviter la iatrogénie.

Quel est l'âge moyen des résidents ?

La personne âgée rentre de plus en plus tard en institution et donc de plus en plus âgé et dépendante. Ici l'âge moyen est d'au moins 85 ans. On a plus de femmes que d'hommes. Les gens essayent de rester le plus longtemps au domicile.

Quels sont les dépendances et/ou pathologies que présentent les résidents ?

La plupart sont polypathologiques. Les pathologies principales sont les troubles neuro-dégénératifs avec les démences à type (Alzheimer ou vasculaire ou mixte), de maladies de Parkinson, d'épilepsie et beaucoup de pathologies cardio-respiratoires (Pace Maker, HTA, Troubles du rythme etc...). On a aussi beaucoup de diabétiques.

Les résidents rentrent polypathologiques donc cela entraîne un besoin en soins alors ?

Nous avons la chance d'être en Centre Hospitalier et d'avoir un service de consultations en interne et qui me permet de renvoyer les résidents au rez de chaussée pour voir le neurologue, traumatologue, cardiologue. Alors que dans les autres EHPAD, on est obligé de les envoyer en consultations, ce qui nous ennuie extrêmement.

D'où l'intérêt de la télémédecine qui permet de ne pas mobiliser les résidents et de permettre aux professionnels de pouvoir rester sur leurs lieux de travail, tout le monde y gagne.

Alors quel est le niveau de besoin en soins ou de médicalisation face à toutes ces pathologies ? Avez-vous les moyens pour assurer cette médicalisation ?

Moi je ne suis qu'à 0,3 ETP, *'vous ne vous rendez pas compte !'*. Je suis présente le jeudi et le vendredi et parfois le samedi donc je dois anticiper. Quand je m'en vais vendredi, je m'assure que tous les médicaments sont renouvelés jusqu'au jeudi prochain, donc je fais très attention en anticipant. J'anticipe sur le suivi de nos résidents cardiaques qui ont besoin de faire des prises de sang pour s'assurer du taux d'INR pour éviter les surdosages ou sous-dosages. Donc il manque des moyens. Mais à partir d'octobre je passe à 0,8 ETP donc je serai là tous les jours et ce sera beaucoup plus facile ! Surtout pour notre déménagement dans le nouvel EHPAD afin de répartir les résidents dans les différentes unités. Et comme je fais beaucoup de pré admissions avant l'entrée en EHPAD, il me faut du temps pour.

Donc effectivement on manque de moyens humains mais on y arrive parce qu'on est obligé de se projeter et d'anticiper tout le temps. Egalement, nos résidents ont besoin de prendre des médicaments, d'avoir un suivi médical ou cardiaque ou psychogériatrique car nous avons des patients avec des troubles du comportement et ici j'ai aussi des collègues. Ils ont aussi besoin d'avoir des animations, d'un accompagnement permanent et aussi d'accompagner leurs familles.

Avez-vous noté une évolution de vos pratiques en EHPAD ces dernières années ? Par rapport au profil des résidents ?

On a eu une grande évolution de notre pratique grâce à la loi Leonetti - Claeys qui a permis une meilleure prise en soins des fins de vie avec l'élaboration des directives anticipées, la mise en place de la sédation profonde et d'antalgiques majeurs comme la morphine. Depuis 2016, on a cette possibilité de prendre en charge la fin de vie en EHPAD comme à l'hôpital et moi je fais intervenir les services d'HAD en EHPAD et j'ai à disposition des médicaments nécessaires. Mourir dignement, sans souffrir et sans être angoissé, c'est très important moi je pense !

Quel est votre objectif principal au niveau de l'EHPAD ? Votre philosophie ? Ce qui vous fait plaisir en voyant vos résidents ?

"Ah oui ! Ce que j'aime moi (soupir) ...", "Il y a beaucoup de choses que j'aime !...", "Hum !"

On a des résidents, lorsqu'ils arrivent en maison de retraite c'est difficile pour eux, il faut qu'ils fassent le deuil de leurs vies d'avant car ils quittent à tout jamais leurs maisons et c'est l'EHPAD qui devient leur nouvelle maison. Il faut beaucoup les accompagner dans cette période difficile d'adaptation au nouvel environnement qui est le leur.

Et ce qui est bien, c'est quand je les entends enfin dire finalement : ça y est, je suis chez moi ici grâce à vous, je peux me sentir bien ; je vais rester et finir ma vie ici car c'est désormais ma demeure. *"Ça c'est bien", "ça c'est bien et ce n'est pas toujours possible !"*

C'est aussi un déchirement pour une famille qui est très présente, de mettre son papa ou sa maman en institution et nous devons aussi gérer tout ça. Mon objectif est qu'un résident qui a quitté sa maison, son animal de compagnie, son jardin arrive à s'intégrer en EHPAD et qu'avec sa famille, il accepte que ce soit sa dernière demeure.

“Ah ! C’est très touchant! Hum !”, merci d’avoir partagé ça avec moi...

Les résidents qui arrivent dans votre structure ont souvent déjà un traitement et des habitudes ; comment arrivez-vous à leur faire accepter les soins ?

C’est vrai que quand ils arrivent, *la plupart des résidents sont réticents aux soins et refusent de se laver ou de se lever de leur lit.* Cela relève souvent d’une dimension éthique car on doit réfléchir à ce qu’on doit faire avec un résident qui refuse les soins ou qui avait une vie amoureuse ou qui devient amoureux dans l’EHPAD etc.... Avec le nouvel EHPAD, je vais mettre en en place de Comité d’éthique au niveau de l’EHPAD avec les équipes pluri disciplinaires. Moi je milite pour les Comité d’éthique en EHPAD.

Vous avez dit que vous êtes le médecin traitant de tous les résidents ? Quelles sont donc vos missions en tant que tel ? Qu’est-ce qui change par rapport aux 13 missions? C’est un cas spécifique ?

C’est moi qui m’occupe des soins des 30 résidents de l’EHPAD et des 30 de l’USLD. Le poste de médecin coordonnateur n’est pas facile car je suis médecin mais je ne suis médecin traitant... Ici c’est moi qui joue les 2 rôles, les médecins traitants ne viennent pas ici, je prends toutes mes décisions concernant les soins. *Ce qui n’est pas le cas ailleurs. Dans mes autres EHPAD il y a des médecins traitant. C’est très compliqué souvent.*

Est-ce que ce fonctionnement va continuer avec le nouvel EHPAD SOMANIA ?

Oui, ça va être pareil.

Alors ça a l’air intéressant ?

Oui, je préfère ça plutôt que des médecins qui viennent juste renouveler les traitements, mettre la carte vitale et s’en vont sans même voir les résidents. Or parfois, seulement pour renouveler des médicaments qui sont contre indiqués. *La seule chose que je déteste dans mon rôle de médecin coordonnateur, c’est d’avoir sans cesse cette confrontation avec les médecins traitants.* Ils n’ont pas de formation de gériatre, ni le temps d’être avec le patient, la famille. Ils ne viennent pas. Moi je les averti de ce qui ne va pas et il faut qu’il passe.

Dans ce cas, j’use de *ma 13è mission de médecin coordonnateur de prescrire en urgence.* Et c’est ce que je fais tout le temps mais je suis obligée de me protéger en traçant tout par écrit...

Quelles sont selon vous les avantages, les raisons ou motivations pour la mise en place de la télémédecine en EHPAD ?

Le plus grand avantage selon moi *c’est d’avoir l’expertise en direct d’un spécialiste comme le pharmacien, le cardiologue, le gériatre spécialiste, d’un spécialiste pour m’aider dans les problématiques de fin de vie, de la iatrogénie ou de la psychogériatrie.* Et c’est ce que propose l’équipe mobile de télémédecine de Valenciennes. Et je connais très bien l’équipe mobile de gériatrie inter-EHPAD de Denain car je travaille déjà avec eux sur l’un de mes EHPAD pour voir mes résidents. On a aussi l’avantage d’avoir des comptes-rendus immédiats contrairement à aujourd’hui où il faut attendre parfois une semaine voire plus. Donc une consultation en directe sans que personne ne se déplace et on peut poser des questions et comprendre les décisions.

Je suis très intéressée par la télémédecine. Je compte demander à la Direction de participer à cette expérimentation de télémédecine, parce qu’on est loin de Valenciennes et de Denain et on a besoin d’avoir leur expertise aussi, *notamment en iatrogénie.* Mais je pense que ça doit avoir un coût ?

Ça ne coûte pas aussi cher que ça car il y a un financement par l'ARS qui couvre les frais de mise en place, de fonctionnement et de maintenance. Il y a quelques frais comme pour les câbles et autres à la charge de l'EHPAD. Pour le reste, c'est une organisation interne aussi à voir et surtout le réseau de télé médecine est sécurisé et distinct de celui de l'établissement pour la sécurité des données. Le matériel est simple suite aux visites de salles de télé médecine que j'ai effectuées. Donc si vous obtenez l'accord de la Direction, je serai ravie de vous accompagner dans la mise en place de la télé médecine dans votre nouvel EHPAD.

Ah oui ! C'est très bien, puisqu'on va ouvrir le nouvel EHPAD SOMANIA, autant en profiter pour le faire. **C'est du confort pour le résident car parfois c'est angoissant pour lui les déplacements en ambulances et les hospitalisations.** Ce serait très intéressant pour mes résidents, moi et mes équipes pour apprendre et échanger avec des collègues.

Quels sont selon vous les freins à la télé médecine ?

Aspect financier car la mise en place peut avoir un certain coût malgré le financement. La disponibilité du médecin traitant dans certains cas. Je vois aussi **un manque de temps du médecin coordonnateur en EHPAD car le temps imparti actuellement est faible** ; or il faut une optimisation sa présence lors des consultations de télé médecine. Quand on passe un après-midi avec 3 résidents on n'a plus le temps pour les autres !

Quels sont selon vous les défis de l'avenir dans la prise en charge des personnes âgées ?

Pour moi, il faudrait avoir des **médecins coordonnateurs à temps plein pour chaque EHPAD ayant la double casquette de médecin coordonnateur et de médecin traitant pour faciliter la prise en charge, le suivi et l'accompagnement des résidents et c'est en plus une économie pour la Sécurité Sociale.** Puisque le **médecin coordonnateur est payé par le Directeur** et non par la Sécurité Sociale. Mon souhait est d'obtenir l'autorisation de l'ARS et des Hautes Instances pour ... Ça ne se passe pas toujours bien avec les médecins traitants. Tous les médecins coordonnateurs vous le diront...

Quels types d'actes de télé médecine souhaitez-vous en EHPAD ?

Téléconsultation (car en directe) et téléexpertise. Parce que ni le résident ni le spécialiste ne se déplace et on a un échange direct entre les spécialistes et le médecin. On profite de l'expertise du professionnel en face pour poser des questions. Je ne veux pas forcément la télésurveillance ni la téléassistance médicale.

Pour quels types de pathologies pensez-vous avoir plus besoin de la télé médecine ?

Pour les maladies cardiovasculaires, pulmonaires et pour la cancérologie.

Que pensez-vous du remplacement de la Convention Tripartite par les CPOM ?

Je trouve que c'est bien et ce sera vraiment mieux car **c'est un outil de prise en compte de nos besoins de façon beaucoup plus importante que les Conventions Tripartites.** Cela permet de mutualiser les moyens et d'avoir un meilleur contrôle sur le budget alloué. Avec le changement, 2 EHPAD du même groupe n'auront qu'un seul CPOM alors qu'actuellement chaque EHPAD a sa Convention Tripartite, donc une libre répartition du budget sur les 2 EHPAD en fonction des besoins et une mutualisation des ressources. Nous pourrions dépenser les subventions comme on le souhaite le mieux possible, ce qui n'était pas le cas avec la Convention Tripartite. Et c'est depuis le 1^{er} janvier 2017. Pour notre nouvel EHPAD ce sont les CPOM.

Je vous remercie pour tous les éléments que vous avez apportés et qui enrichissent mes recherches...Je soutiens le...Je reviendrai vous rendre compte de comment la soutenance se serait passée...Je vous souhaite une bonne chance et de bonnes choses pour le nouvel EHPAD.

C'est gentil, merci à vous et bonne fin d'après-midi.

Bonne fin d'après midi et bon week-end.

Annexe III-4 : Synthèse de l'entretien avec M. le Dr. Hippolyte KOUADIO, Praticien Hospitalier et Gériatre en EHPAD, USLD et SSR gériatrique

Synthèse de l'entretien avec Monsieur le Docteur Hippolyte KOUADIO,

Médecin et Praticien Hospitalier, Gériatre en USLD, EHPAD et SSR gériatrique

« EHPAD SOMANIA », CH de Somain, 61 Rue Joseph Bouliez 59490 Somain. Vendredi 10 août 2018 à 16h00.

Entretien mené par Yawa AGBORAZE GBETOGLO.

Bonjour docteur, je vous remercie du temps que vous m'accordez aujourd'hui pour échanger sur la thématique de la télémédecine en EHPAD...C'est pour avoir un retour de terrain par rapport à votre expérience au quotidien auprès des résidents, de la personne âgée, et surtout recueillir vos appréciations sur la télémédecine...

Je vous prie s'il vous plaît de vous présenter, de dire le poste que vous occupez et le lien que cela peut avoir avec la problématique.

Je suis Hippolyte KOUADIO, Médecin et Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier de Somain. Je suis également Gériatre. Dans cet hôpital, je suis en charge des patients en USLD, EHPAD, SSR gériatrique.

Comme je l'ai précisé tantôt, notre échange sera plus axé sur l'EHPAD mais c'est pratiquement les mêmes problématiques qui reviennent en ce qui concernent la prise en charge. Donc, pour vous c'est quoi la philosophie et la vision que peut avoir un EHPAD?

Premièrement, tenir compte du projet de vie de la personne âgée c'est-à-dire ses besoins personnels. Ensuite, il y a ce qu'on appelle "le projet de soins" dont il faut tenir aussi compte. Le tout dans le respect de la dignité de la personne âgée. Donc en résumé, *dignité, sécurité et soins* apportés à la personne âgée.

Aujourd'hui, quels peuvent être les enjeux des EHPAD dans la prise en charge face aux projections démographiques? Par exemple, les projections disent qu'en 2040, il y aura 1 personne sur 3 qui sera dépendante. Qu'en pensez-vous et quels sont donc les enjeux selon vous?

Les enjeux sont énormes. En premier lieu, nous parlerons des **enjeux de santé publique, avec le vieillissement de la population et la perte d'autonomie qui va suivre.**

Ensuite, l'EHPAD constitue le lieu de vie de ces personnes. Les EHPAD sont importants dans la prise en charge globale de ces patients. Il y a également la problématique des soins, de l'hébergement et de la dépendance qu'il faut prendre en compte, car ils constituent les trois volets du financement des EHPAD de nos jours.

La question qui se pose avec **la montée en charge des patients dépendants** est de savoir s'il n'existe pas une autre façon de financer la dépendance, c'est-à-dire une branche de la Sécurité Sociale qui s'appellerait justement "*la branche dépendance*". Aujourd'hui, il existe plusieurs branches de la Sécurité Sociale : il y a notamment la branche Maladie/Maternité, la branche Travail/Maladies professionnelles, la branche Famille et la branche Retraite. Il faudrait en avoir une branche de plus.

La question essentielle pour vous est donc : comment financer la dépendance?

Effectivement. Aujourd'hui, **le financement** de la dépendance repose sur les départements en grande partie, en fonction du niveau de dépendance qui a été évaluée par le ministère. Et cette question est une réelle préoccupation et un enjeu important.

Il y a également une seconde chose : **le personnel dédié de ces établissements**. Il faut donc plus de personnels soignants (aides-soignants, animateurs, assistantes sociales, psychologue, spécialistes en ergonomie, etc.) dont le rôle est important dans la prise en charge des pathologies.

Et qu'en est-il des médecins coordonnateurs? Que pensez-vous de leur place?

Moi, je pense très franchement que les EHPAD sont des lieux de vie pour les personnes âgées, mais ces lieux sont plus ou moins médicalisés. Cela tient même dans le fait qu'on les appelle établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ! La dépendance entraîne forcément la médicalisation. Pour beaucoup de personnes, le médecin traitant est le médecin référent. Aujourd'hui les patients qui viennent de loin pour entrer en EHPAD, que faire ? **C'est le médecin coordonnateur qui est tout le temps avec le résident. Il faut donc revoir les missions du médecin coordonnateur pour qu'il devienne également un médecin qui s'occupe des soins pour les résidents.**

Quels sont les types de pathologies que l'on rencontre en EHPAD?

Je pense qu'il faut citer les pathologies par grands domaines. Premièrement, les pathologies **cardiovasculaires** notamment tout ce qui est hypertension, insuffisance cardiaque chronique et fibrillation auriculaire. En deuxième lieu, les pathologies **métaboliques** notamment le diabète, les pathologies de la thyroïde, la dénutrition. Il y a également les pathologies **neurologiques** notamment les séquelles d'AVC. Ensuite, les pathologies neuropsychiatriques, notamment maladies d'Alzheimer et maladies apparentées, la maladie de Parkinson, les démences par exemple ou encore les états dépressifs et les états anxieux. Il y a aussi l'insuffisance rénale chronique, les maladies dermatologiques chroniques et les cancers du sujet âgé. Les chutes à répétition aussi.

Les escarres sont classées parmi les maladies dermatologiques?

Oui, ce sont des plaies.

Par rapport à toutes ces pathologies, quels types de soins sont préconisés?

Il y a des soins de nursing, des soins médicaux. Ensuite, la prise en charge cognitive de tout ce qui est lié à la cognition et à la thérapeutique comportementale.

Existe-il une collaboration avec les pharmacies dans les EHPAD pour ces soins?

Il existe des pharmacies dans les EHPAD autonomes avec des chariots d'urgence, des médicaments pour les maladies chroniques etc.

Prescrivez-vous des ordonnances dans les EHPAD?

Oui, dans les cas de situation d'urgence seulement. C'est là que réside une certaine ambiguïté par rapport à la définition de la situation d'urgence.

Concernant la prise en charge des résidents ou des personnes âgées, quels sont les problèmes d'ordre médical auxquels vous êtes confronté? Quels sont également les problèmes d'ordre organisationnel que vous rencontrez avec les différentes équipes.

En général, il y a des réunions de synthèse. Il existe des organisations qui structurent le fonctionnement des EHPAD, notamment des conseils et des commissions qui travaillent avec les EHPAD et les familles des résidents. Nous pouvons citer le Conseil de Vie Sociale par exemple.

Il existe aujourd'hui un plan national de la télémédecine. Même si vous n'êtes pas dans un EHPAD qui pratique la télémédecine, en tant que professionnel, quel regard avez-vous sur cette nouvelle pratique? Quels peuvent être les apports de la télémédecine ?

La télémédecine est censée résoudre le problème des effectifs médicaux, parce qu'à l'intérieur, il y a la téléconsultation, la téléexpertise etc. Il existe des opportunités à saisir avec cette pratique. Ce qui est mis en avant généralement c'est la **téléconsultation**, c'est-à-dire la consultation à distance, mais pour certains types de prise en charge.

Pour les pathologies récurrentes, quels actes de télémédecine peuvent être plus adaptés ? Quels avantages peuvent apporter la télémédecine ?

Généralement, les consultations de mémoire, les plaies chroniques, soins palliatifs sont concernés par la téléconsultation. Souvent on peut faire de la **téléexpertise** sans besoin forcément du résident. La télémédecine est assez vaste, mais **résout le problème du manque d'expertise**.

Elle peut être **moins perturbatrice** pour le résident car les déplacements peuvent être traumatisants et permet de gagner du temps puisque le médecin ne se déplace pas et ça rassure. Donc **résout les problèmes logistiques pour les déplacements leurs coûts**.

En tant que professionnel du domaine, avez-vous une appréhension quand le résident doit effectuer un déplacement ?

Non pas forcément.

La médicalisation actuelle en EHPAD est-elle suffisante? Ou peut-elle être plus adaptée?

Oui, la médicalisation **peut être toujours réadaptée**.

Et comment ?

Je disais à ce propos, **qu'il faut résoudre le problème des médecins coordinateurs, du manque de personnels soignants et des infirmiers de nuit car cela pose aussi problème**. Le ministère a d'ailleurs évoqué la problématique des infirmiers de nuit récemment je crois.

Quels sont vos espoirs pour l'avenir?

Je pense que l'aspect le plus important concerne les ressources humaines. Je pense également aux personnels soignants très importants dans les EHPAD. Il faut s'occuper des personnes âgées, les habiller, leur donner à manger, donner les médicaments, etc. Les EHPAD sont des lieux de vie, donc le personnel soignant est à renforcer. Il faut aussi les moyens financiers.

Ma dernière question concerne l'acceptation des soins par le résident, vu que vous êtes en contact quotidien avec lui. Et le fait d'intégrer la télémédecine ?

Cela dépend du type de consultations et de son état cognitif. Il y a toujours un personnel spécialiste en plus de la présence du médecin. Le résident comprend généralement l'importance des soins. Il faut veiller à mettre du bon sens dans l'accompagnement. Et avec la télémédecine je ne crois pas qu'il le prendrait mal car il n'aura pas à se déplacer et on s'occupera toujours de lui. Et on lui prodigue des soins pour son bien.

Ne discutera-t-il pas du lien humain ? Vu que c'est la nouvelle technologie ?

Non, car il y a toujours un personnel à côté, le résident ne se retrouve pas seul devant l'écran, il y a le médecin aussi et les spécialistes donc il n'est pas seul. Normalement, il n'y a pas de problèmes. **Mais il y a besoin de décroiser certains EHPAD qui sont un peu isolés et qui manquent aussi d'effectifs** ; il faut veiller à bien coordonner les actes entre professionnels et si le résident est fragile, éviter de le déplacer si possible.

Je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour toutes ces informations...

Pas de soucis, le plaisir était partagé...Bon courage pour le mémoire...

Merci et bonne fin de journée docteur et à bientôt.

Annexe III-5 : Synthèse de l'entretien avec M. Christophe VENANT, Cadre de Santé en EHPAD et USLD

Synthèse de l'entretien avec Monsieur Christophe VENANT, Cadre de Santé en EHPAD et USLD

« EHPAD SOMANIA », CH de Somain, 61 Rue Joseph Bouliez 59490 Somain. Vendredi 17 août 2018 à 09h30.

Entretien mené par Yawa AGBORAZE GBETOGLO.

**Bonjour Monsieur, je suis ...Je vous remercie de m'avoir accordé ce rendez afin de ...
Pourriez-vous vous présenter s'il vous plaît ?**

Je suis Christophe VENANT, Cadre de santé au niveau de l'EHPAD et de l'USLD. Ma mission est d'organiser l'accompagnement des résidents en institution. Ces résidents sont en institution pour des raisons diverses qui sont souvent liées au maintien à domicile difficile car **souvent ce sont des personnes âgées vieillissantes avec des troubles physiques ou psychiques.**

Quel est votre parcours ?

Infirmier soignant en Chirurgie, Médecine, Urgences, en passant par les soins de suite, l'EHPAD et l'USLD. Ensuite cadre de santé.

La philosophie de l'EHPAD ?

C'est accompagner une personne âgée dépendante dans le maintien de ses acquis et dans une philosophie de respect, de convivialité et de citoyenneté. **C'est un substitut d'un domicile**, qu'elle se sente bien. C'est avant tout, **un lieu de vie.**

Caractéristiques des résidents ?

En EHPAD chez nous, l'âge moyen est de 86 ans. En USLD, c'est la maladie, les pathologies, le côté médicalisé qui fait partie des Centres Hospitaliers généralement. Tandis que l'EHPAD c'est parfois **des gens qui rentrent pour cause de solitude**.

Donc on essaie d'avoir un vivre ensemble. Les gens rentrent pour des raisons de dépendance physique liées au vieillissement, à la sénescence ou des problèmes psychiques, maladies d'Alzheimer. **Un profil qui arrive actuellement aussi des personnes handicapées vieillissantes avec des troubles psychiatriques**. Nous avons beaucoup de pathologies psychiatriques chroniques qui sont stabilisées.

Depuis combien êtes-vous dans le domaine ? Avez-vous remarqué un changement par rapport au profil des résidents ?

Depuis 9 ans en USLD et 8 ans en médico-social. Ils rentrent **de plus en plus tard à cause du maintien à domicile qui s'est beaucoup développé depuis quelques années**, les gens restent souvent chez eux et arrivent en institution **autour de 85 ans**, tant mieux pour eux. **Bien souvent ils arrivent avec une dépendance très forte qui ne peut plus être prise en charge à la maison**. Il y a aussi la démence maladie d'Alzheimer qui est devenu un critère d'entrée en EHPAD avec la création d'unités de vie Alzheimer. Les **aidants aussi n'arrivent plus à faire face à la maison**.

Quelles sont les pathologies récurrentes en EHPAD ?

Surtout les psychoses, la schizophrénie, les personnes avec un handicap qui rentrent souvent en institution vers 60 ans. C'est vraiment de la polyopathie. Des problèmes cardiaques, pulmonaires, rénaux, le diabète. **Mais toutes ces maladies sont stabilisées en EHPAD sinon les résidents sont envoyés en USLD et en Médecine ou en services spécialisés**. Disons que l'EHPAD, le gros souci c'est la présence médicale qui n'est pas assurée à chaque fois car ce sont les médecins de ville qui interviennent et ne sont pas présents tout le temps et la présence infirmière qui n'est assurée 24h/24.

Vous vous avez ici un médecin coordonnateur ?

On a **l'avantage d'être un EHPAD hospitalier avec des médecins hospitaliers présents**. Mais ce n'est pas le cas partout, l'EHPAD travaille avec un médecin coordonnateur qui n'est pas souvent à temps plein, sa présence est fonction du nombre de lits et ce sont les médecins traitants des résidents qui interviennent.

Donc les médecins traitants gardent leurs prérogatives sur leurs patients selon la loi ? Donc les résidents conservent leurs médecins traitants ? Cela remet toujours en discussion les rôles et les missions du médecin coordonnateur ?

Non, c'est bien défini, il y a une fiche de poste et le résident peut choisir son médecin et le médecin coordonnateur peut être aussi le médecin traitant des résidents. **On demande l'avis du médecin traitant mais le médecin coordonnateur ne peut agir qu'en cas d'urgence**.

Avez-vous souvent des résidents qui choisissent le médecin coordonnateur d'ici comme médecin traitant ?

Il faut dire que nous sommes dans une région où malheureusement il y a une déperdition de médecins traitants de ville ; et comme nous avons des médecins de l'hôpital, **les médecins traitants se déchargent car ils n'arrivent plus à assurer, sur le bassin somainois, une réponse en terme médical à la population**. Nous avons aussi des résidents qui entrent par nos services de

soins de suite et de médecine. C'est aussi une continuité des soins et une suite de prise en charge assurée par les médecins de l'hôpital qui interviennent donc en EHPAD.

C'est donc un avantage d'avoir un CH ?

C'est à la fois un avantage mais ça peut être aussi un inconvénient. Donc le choix du médecin se fait rapidement sur le médecin hospitalier chez nous. Et actuellement sur nos 30 résidents, aucun médecin de ville n'intervient.

Vous en avez 30 ? Oui, 30 résidents en EHPAD et 30 en USLD. C'est un Praticien qui est présent en USLD.

Parlant de médicalisation, voyez-vous un besoin important en soins sur ces dernières années ?

C'est ce qu'on disait, l'entrée en institution est retardée donc les gens rentrent avec des états de santé plus précaires, plus vieillissant avec un besoin médical présent. Et Le Médecin En EHPAD Fait Souvent Appel A Des Spécialistes Dans La Prise En Charge De Pathologies.

Ici, vous avez un pharmacien ? Ou est-ce le pharmacien de l'hôpital qui prépare les piluliers ? Oui.

Donc c'est l'équipe qui s'occupe de la dispensation !

Oui, l'infirmière fait la vérification et la dispensation, et toute prescription passe par notre Pharmacie. Mais quand il y aura déménagement pour le nouvel EHPAD SOMANIA, la pharmacie ça restera pareil mais pour la prise en charge des pathologies et la médicalisation nous serons sur un partenariat avec l'hôpital et des médecins extérieurs car nous ne ferons plus partie de l'hôpital.

Actuellement s'il y a besoin d'un médecin ou d'un avis ?

Nous avons la chance d'avoir un médecin de garde à côté nuit et jour. Et il y a un beau panel de consultations spécialisées par les médecins, et le médecin de l'EHPAD demande beaucoup d'avis de ses confrères de l'hôpital. Pour ceux qui n'en n'ont pas, ils signent des conventions avec des hôpitaux afin de faciliter le parcours de la personne âgée et lui éviter de passer par les Urgences et d'avoir ainsi accès aux services de Médecine spécialisés.

Comment les résidents acceptent-ils le soin ? Et comment vous faites pour rester un lieu de vie malgré les soins ?

Le soin est bien accepté par le résident puisqu'il met une priorité sur le soin, s'il a choisi de venir c'est pour y rester. Il n'y a aucun souci au contraire ils acceptent bien le soin. Les professionnels sont des professionnels de soins, et il y a un projet de vie et un projet de soins, les 2 sont indissociables et font partie de son accompagnement.

Que pensez-vous de la télémédecine. Pensez vous que cela peut vous apporter quelque chose de plus ? Quelles sont vos appréciations ?

Je pense que la télémédecine est un moyen de maintenir le résident dans son institution sans être amené à le transférer dans une autre structure de soin. Cela permet de ne pas le destabiliser. Je pense que c'est quelque chose de bien. Cependant il faut qu'elle soit bien faite pour ne rien rater. Le médecin qui fait appel à la télémédecine doit donner le plus grand nombre de renseignements sur la personne, sa pathologie et sa problématique de santé pour permettre à son interlocuteur de donner le meilleur avis possible et bien cerner la situation.

On a besoin de plus en plus de soins en EHPAD et la télémédecine peut être un bon moyen d'avoir plus de complémentarité et une pluridisciplinarité médicale si c'est bien organisé dans un réseau.

Cependant vis-à-vis de la personne âgée, ça déshumanise un peu l'accompagnement car ce n'est pas au chevet de la personne mais cela a le mérite de permettre de prendre des décisions plus rapides et plus efficaces.

Vous pensez donc que cela peut être déshumanisant ?

Oui, sur la génération de personnes âgées qu'on a actuellement ils ont peut être besoin de présence physique avec un besoin d'écoute, un contact visuelle et physique et une relation directe mais dans une vingtaine d'années on aura une autre génération de médecins, de soignants et de résidents qui auront et accepteront une autre pratique professionnelle et ce sera plus facile !

Je pense que cette télémédecine existe déjà ici car il y a déjà actuellement beaucoup d'avis demandés avec des dossiers et images partagés et maintenant encore plus avec le GHT (Groupement Hospitalier du Territoire).

Avez-vous d'autres raisons ou avantages qui pourraient vous motiver à mettre en place un projet de télémédecine au niveau de votre structure ?

Avec la télémédecine, il y a un côté rassurant pour les soignants de l'EHPAD car ils savent qu'ils peuvent demander un avis ou un conseil à un confrère ou à un autre professionnel.

Parmi les types de télémédecine pensez-vous qu'il y a qui sont plus adaptés à l'EHPAD ? Oui les avis spécialisés surtout à mon avis.

Pour quels types de spécialités ?

Cardiologie, pneumologie, psychiatrie, diabétologie, urologie, néphrologie, gastro-entérologie.

A quelles autres difficultés pensez-vous ?

La première pour moi est l'organisation matérielle de la télémédecine pour que celui à qui on demande un avis puisse avoir accès aux données médicales de la personne. Autres difficultés : la disponibilité des praticiens intervenants et le délai de réponse.

Avez-vous des difficultés dans l'accompagnement des résidents en EHPAD ?

Différence de perception avec les familles, manque d'infirmière de nuit, manque de temps de présence médicale.

Quels sont vos espoirs

Equilibre entre nombre de professionnels et l'importance des soins et d'accompagnement à effectuer vis-à-vis de la fragilité et de la dépendance des résidents. Adapter les nouvelles entrées par rapport à la charge de soins déjà effectuée dans la structure pour mieux prendre en charge et accompagner la personne âgée accueillie.

Je vous remercie pour cet échange enrichissant et pour le temps que vous m'avez accordé. Je vous souhaite une belle fin de journée et un bon week-end, Monsieur.

Annexe IV : Photos de salles et équipements de télémédecine

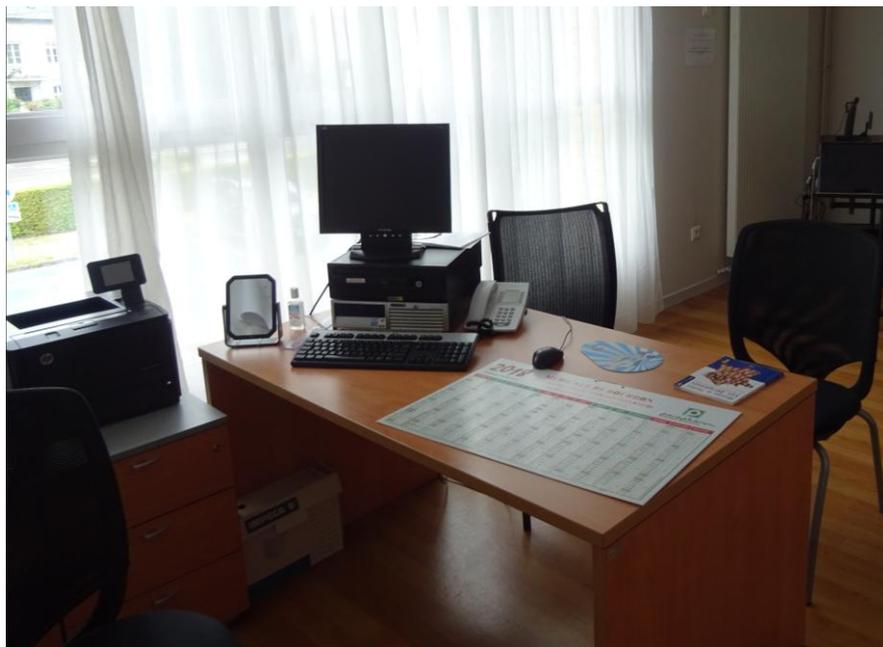
Annexe IV-1 : Salle dédiée à la télémédecine à l'EHPAD « Les Charmilles »



Annexe IV-2 : Bureau et équipements pour les actes de télémédecine



Annexe IV-3 : Bureau dédié au médecin coordonnateur dans la salle de télémedecine



Annexe IV-4 : Mise en marche de l'ordinateur pour l'accès à la plateforme de télémedecine ACCELIS



Annexe IV-5 : Caméra réglable au plafond pour la réalisation d'actes de télémédecine a), b)

a)

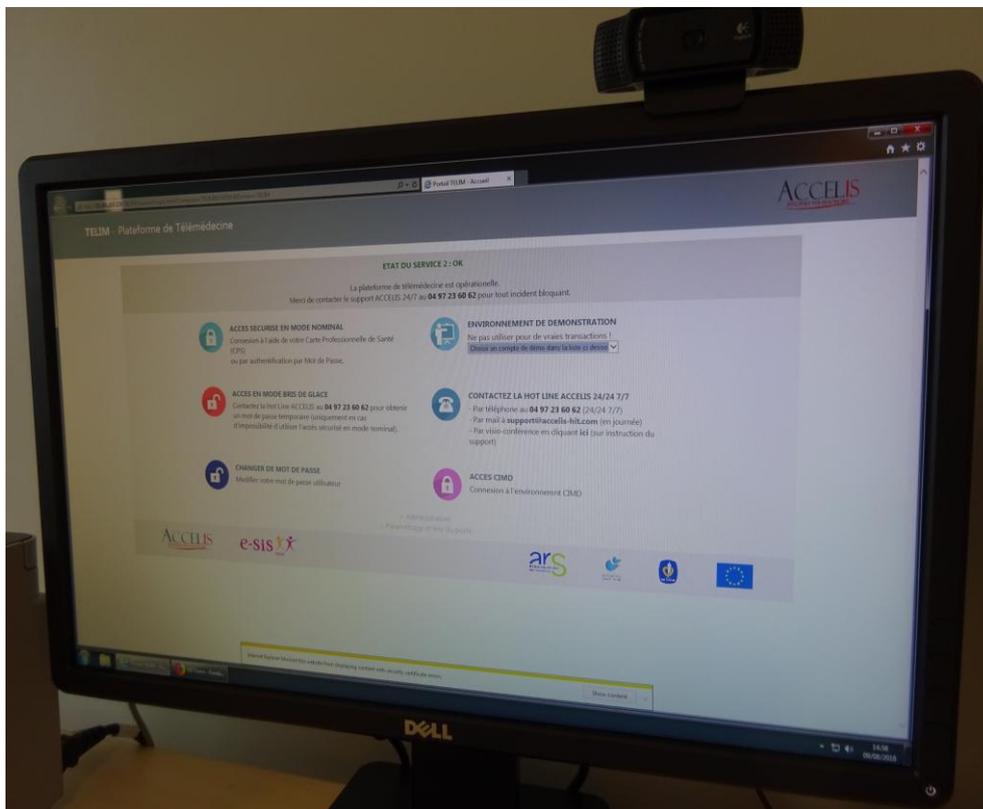


b)

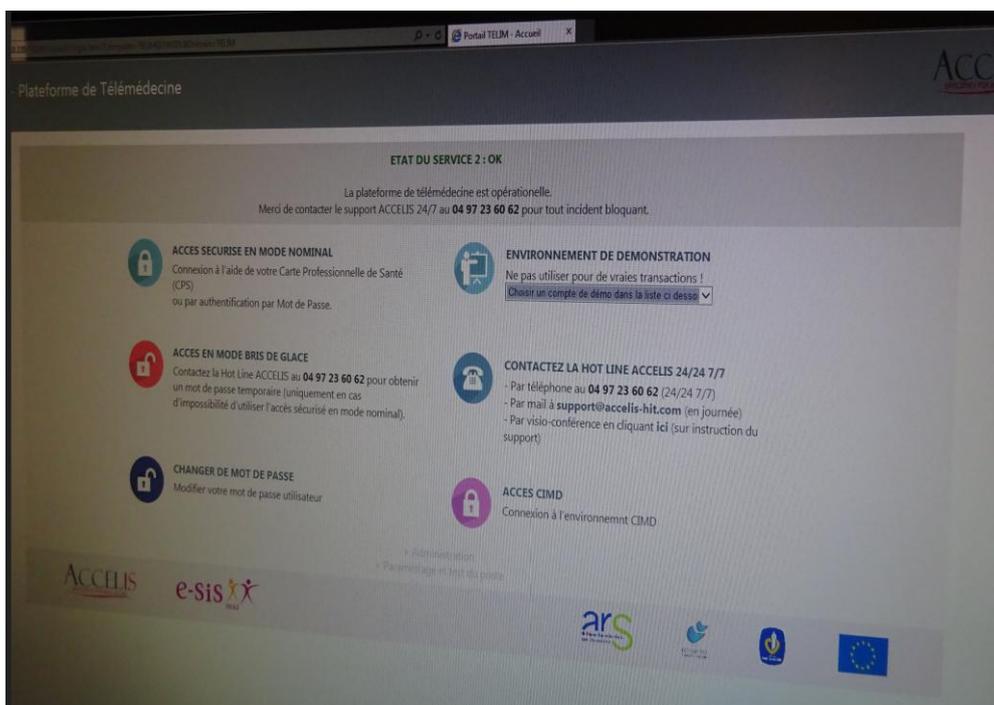


Annexe IV-6 : Plateforme ACCELIS pour la réalisation d'actes de télémédecine a), b), c), d)

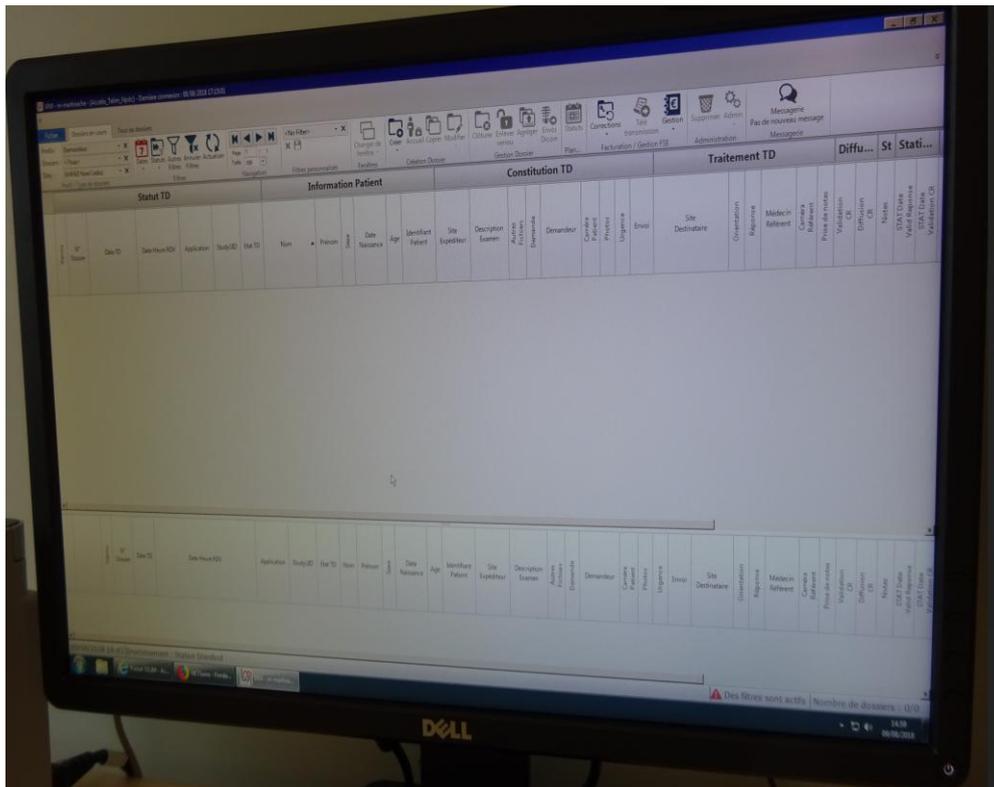
a)



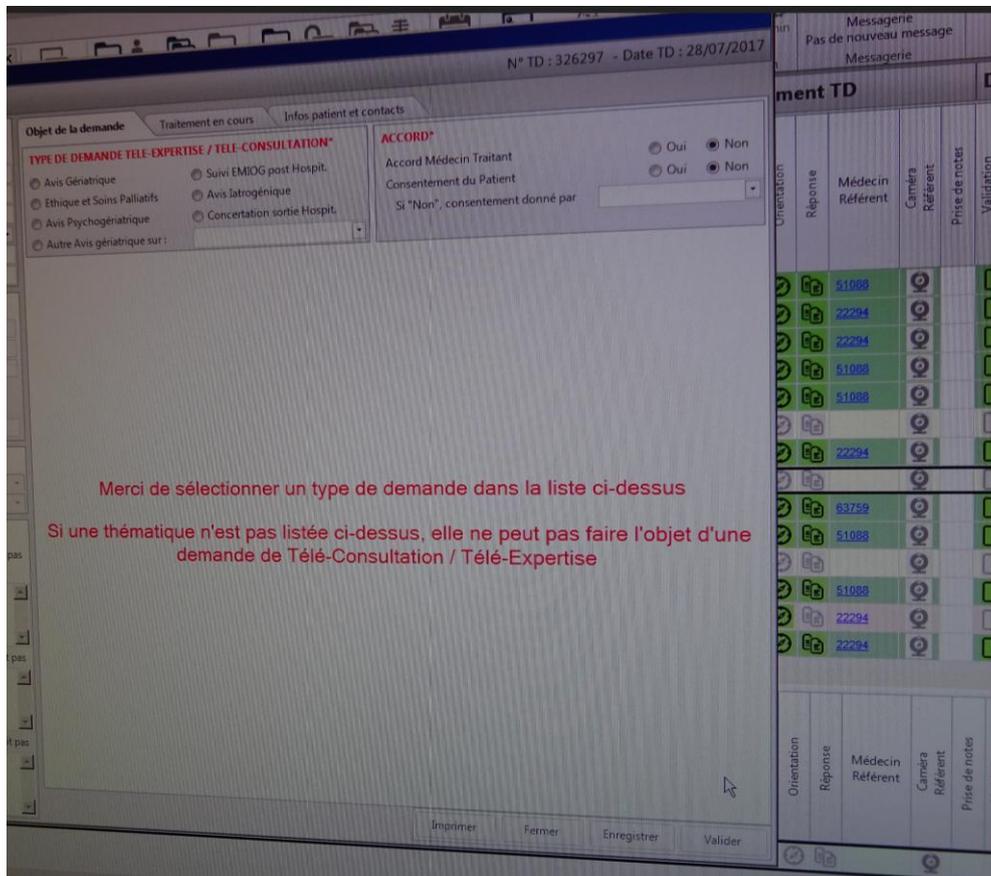
b)



c)



d)

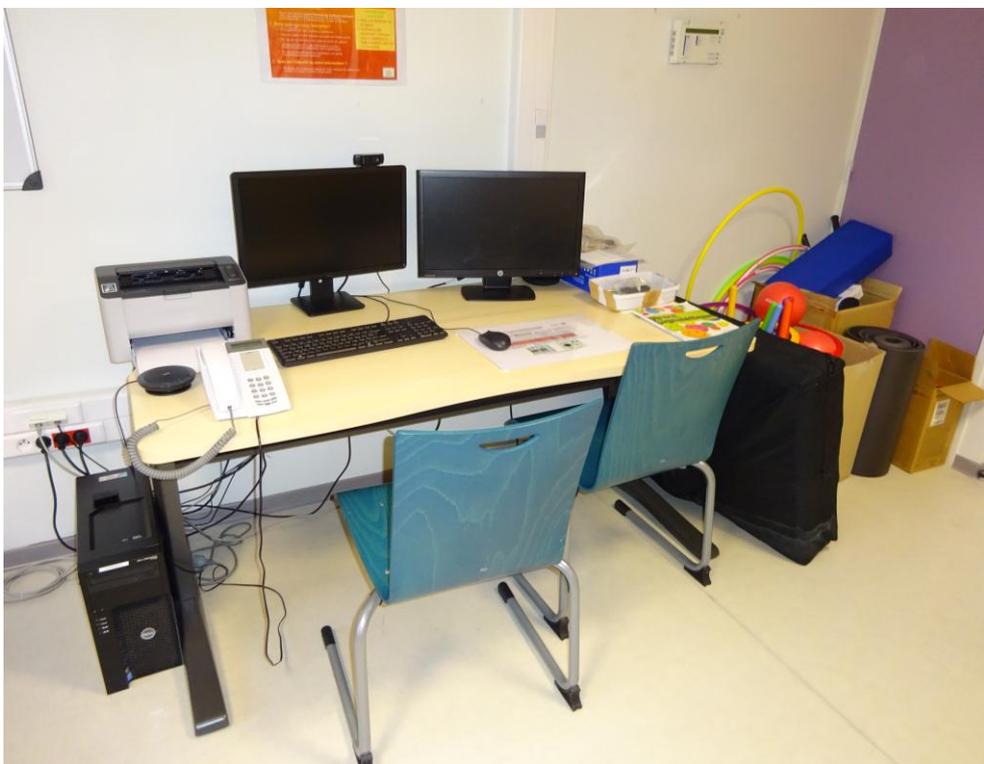


Annexe IV-8 : Affiche pour les soins palliatifs



Annexe IV-9 : Salle dédiée à la télémédecine à l'EHPAD « Noël Leduc » a), b)

a)



b)



Annexe IV-10 : Exemples d'équipements de stimulation à l'EHPAD« Noël Leduc » : aquarium et chariot mobile SNOEZELEN a) et b)

a)



b)



Annexe V : Documents relatifs à la pratique de la télémédecine en EHPAD

Annexe V-1 : Exemple d'avenant au règlement de fonctionnement (1) et (2)

Exemple d'avenant au règlement de fonctionnement (1)

Résidence « Les Charmilles »
225 rue Jean Jaurès
59880 SAINT-SAULVE

AVENANT N° 1-2014-11 au règlement de fonctionnement en date du 12 novembre 2014

Objet : Projet de Télémédecine

Comme expliqué à plusieurs reprises lors des derniers conseils de la vie sociale, l'établissement a souhaité s'investir dans un projet de télémédecine « TELEPADIA et TELEPALLIA » en collaboration avec les Centres Hospitaliers de Valenciennes et de Denain afin d'améliorer l'accompagnement des résidents.

Ce projet est expérimental et concerne également 7 autres EHPAD du Valenciennois. Il débutera le 17 novembre 2014 pour 3 ans. Il est financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) durant cette période. Il fera l'objet de plusieurs évaluations permettant de mesurer sa plus-value.

La télémédecine est une pratique médicale qui met en rapport entre eux, par la voie des nouvelles technologies :

- soit le résident et un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels un professionnel médical,
- soit plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels au moins un professionnel médical.

Elle permet :

- d'établir un diagnostic,
- d'assurer, pour un patient à risque, un suivi dans le cadre de la prévention ou un suivi post thérapeutique,
- de requérir un avis spécialisé,
- de préparer une décision thérapeutique,
- de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes,
- d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Le décret d'application de la loi HPST, publié en octobre 2010, est venu renforcer l'assise juridique de la télémédecine, en précisant les conditions de sa mise en œuvre et son organisation. Celles-ci sont désormais inscrites au sein des articles R.6316-1 à R.6316-9 du code de la santé publique.

Les 5 actes de télémédecine réalisables :

- La téléconsultation : un médecin donne une consultation à distance à un patient, lequel peut être assisté d'un professionnel de santé. Le patient et/ou le professionnel à ses côtés fournissent les informations, le médecin à distance pose le diagnostic.
- La télé expertise : un médecin sollicite à distance l'avis d'un ou de plusieurs confrères sur la base d'informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La télésurveillance médicale : un médecin surveille et interprète à distance les paramètres médicaux d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisées ou réalisées par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

Exemple d'avenant au règlement de fonctionnement (2)

- La téléassistance médicale : un médecin assiste à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La régulation médicale : les médecins des centres 15 établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature de l'appel.

L'établissement est concerné par les 2 premiers (téléconsultation et téléexpertise). Les actes se déroulent par le biais d'une infrastructure technique mise en place (caméra, réseau médical sécurisé, ordinateur, installation son...)

Les échanges se réalisent sur rendez-vous et sur des plages préétablies.

Pour commencer, 4 thématiques ont été retenues :

- La psychogériatrie : consultation avec un gériatre ou un géronto-psychiatre dans le cadre de la gestion des troubles du comportement.
- La iatrogénie : analyse du traitement actuel afin de l'optimiser, de détecter des interactions dangereuses et des traitements pour lesquels les risques sont plus importants que le bénéfice.
- Les soins palliatifs : consultation avec un médecin spécialiste en soins palliatifs et son équipe dans le cadre de l'accompagnement d'un résident en fin de vie.
- Le parcours de soins : consultation avec un gériatre et son équipe afin d'optimiser et éventuellement écourter un séjour à l'hôpital de Valenciennes.

La télé-médecine permet de réaliser des consultations pour des résidents qui sont incapables de se déplacer ou pour lesquels le déplacement serait délétère.

Il permet également un accès beaucoup plus rapide aux médecins spécialistes.

Cette technique nécessite de la visioconférence, c'est-à-dire qu'un lien visuel et auditif est établi par le biais d'une caméra, un micro, un haut-parleur, un réseau médical sécurisé, un logiciel et un écran d'ordinateur. Le résident est toujours assisté par un ou plusieurs auxiliaires médicaux ou paramédicaux (le médecin traitant, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice, l'infirmière, la psychologue et si nécessaire un ou plusieurs soignants de l'équipe).

Elle nécessite également la saisie de données personnelles et médicales concernant le résident qui seront partagées avec les médecins spécialistes et leurs équipes.

Après chaque acte un compte rendu médical est réalisé dans lequel le médecin spécialiste propose éventuellement des modifications du traitement, des préconisations et des conseils pour améliorer l'état de santé et l'accompagnement du résident. Ce compte rendu est soumis au médecin traitant qui selon le cas valide ou non les propositions et réalise ensuite les prescriptions.

Cet avenant permet d'obtenir votre consentement éclairé ou celui de votre représentant légal ou du référent familial, pour la réalisation des actes de télé-médecine décrits et expliqués ci-dessus.

Cependant, votre accord ou celui de votre représentant légal ou du référent familial sera systématiquement redemandé avant chaque acte de télé-médecine.

La direction, l'infirmière coordinatrice et l'équipe infirmier se tiennent à votre disposition pour vous donner de plus amples informations.

Annexe V-2 : Formulaire de consentement du médecin traitant



Reconnue d'utilité publique

Résidence Noël Leduc – Hasnon

Pôle Nord-est Saméon

Formulaire de consentement du médecin traitant écrit à l'usage d'un procédé de Télémedecine

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la prise en charge médicale de votre patient, M /Mme _____, résidant à la Résidence Noël Leduc, celui-ci peut bénéficier de l'expertise des médecins spécialistes des Centres Hospitaliers de Valenciennes et de Denain par le biais de la télémedecine.

La Télémedecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport entre eux ou avec un patient un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient (Art.L.6316-1 CSP).

La Télémedecine permet de réaliser un acte médical traditionnel dans des conditions favorisant l'accès aux soins, leur qualité et leur sécurité.

Les interventions d'autres professionnels, notamment celles des médecins spécialistes des Centres Hospitaliers de Valenciennes et de Denain se font dans le respect des règles de compétences et de coopération entre professionnels de santé. La Télémedecine est une prise en charge collective du patient par des professionnels de santé dont les compétences et, parfois même, le statut juridique diffèrent. Elle introduit par ailleurs un nouvel intervenant en la personne du tiers technologique via la plateforme régionale sécurisée d'eSIS59/62, agréé hébergeur de données santé. Dans le cadre de l'acte de télémedecine, les données santé de votre patient seront transmises aux personnes dûment habilitées et seront archivées à des fins médico-légales conformément à la réglementation en vigueur.

Pour que votre patient puisse bénéficier d'un acte de télémedecine, il est nécessaire d'avoir votre consentement, votre patient ayant déjà donné le sien. En effet, « Comme le rappelle le code de déontologie, le patient doit donner son consentement préalable à tout acte de Télémedecine en dehors d'une situation d'urgence. Le médecin s'engage alors à respecter les règles de la Déontologie médicale appliquée à la Télémedecine. Le consentement donné par le patient à la Téléconsultation ne vient pas conclure seulement une information sur les risques directs et indirects de l'acte de Télémedecine, mais également un choix consenti à l'alternative que représente la consultation traditionnelle en l'absence de situation d'urgence ».

Si vous vous opposez à une prise en charge de votre patient par télémedecine, le suivi médical via la télémedecine ne sera pas mis en place.

Merci de remplir la présente note pour nous informer de votre souhait.

Je, soussigné(e), Madame / Monsieur _____, médecin traitant de Madame / Monsieur _____, né(e) le ___/___/___, à _____

Au vu des informations délivrées,

- consent expressément à une prise en charge de mon patient par la télémedecine
- refuse une prise en charge de mon patient par la télémedecine

Ce consentement est uniquement valable pour la prise en charge télémedecine suivante :

- Gériatrie
- Soins Palliatifs
- Psychogériatrie
- Iatrogénie
- Sortie ou suivi post-hospitalisation

Fait à le

Signature

11, rue Pierre Lauwers
59178 Hasnon

Tél. 03 27 51 95 00 – Fax. 03 27 51 95 08

Courriel : noelleduc@fondationpartageetvie.org

Annexe V-3 : Consentement du résident ou de son entourage (1) et (2)

Consentement du résident ou de son entourage (1)

PARTIE A REMETTRE A L'ACCUEIL DE LA RESIDENCE

NOM.....

PRENOM.....

En qualité de :

- Résident
- Représentant légal
- Personne de confiance
- Référent familial

Donne mon accord

Refuse

La réalisation d'actes de télémédecine

Me concernant

Concernant (NOM).....(PRENOM).....

Résident de la résidence « Les Charmilles » à Saint-Saulve

Signature :

Consentement du résident ou de son entourage (2)



Reconnue d'utilité publique

Résidence Noël Leduc – Hasnon

Pôle Nord-est Saméon

Avenant n° 1 au Contrat De Séjour

Formulaire de consentement écrit à l'usage d'un procédé de Télémédecine avec accès aux données de mon dossier médical par plusieurs professionnels de la santé

Nom et Prénom du Résident : _____

Date de Naissance : _____

Nom du Représentant Légal : _____

Nom de la Personne de confiance : _____

J'ai pris acte que la Télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport entre eux ou avec un patient un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient (Art.L.6316-1 CSP).

La Télémédecine permet de réaliser un acte médical traditionnel dans des conditions favorisant l'accès aux soins, leur qualité et leur sécurité.

J'ai pris acte que les interventions d'autres professionnels, notamment, celles d'experts des Centres Hospitaliers de Valenciennes et de Denain se font dans le respect des règles de compétences et de coopération entre professionnels de santé. La Télémédecine est une prise en charge collective du patient par des professionnels de santé dont les compétences et, parfois même, le statut juridique diffèrent. Elle introduit par ailleurs un nouvel intervenant en la personne du tiers technologique via la plateforme régionale sécurisée d'eSIS59/62, agréé hébergeur de données santé. Dans le cadre de l'acte de télémédecine, mes données santé seront transmises aux personnes dûment habilitées et seront archivées à des fins médico-légales conformément à la réglementation en vigueur.

J'ai pris acte que les responsabilités juridiques des professionnels de santé demeurent inchangées en ce qu'elles sont fondées sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle. « Comme le rappelle le code de déontologie, le patient doit donner son consentement préalable à tout acte de Télémédecine en dehors d'une situation d'urgence. **Le médecin s'engage alors à respecter les règles de la Déontologie médicale appliquée à la Télémédecine.** Le consentement donné par le patient à la Téléconsultation ne vient pas conclure seulement une information sur les risques directs et indirects de l'acte de Télémédecine, mais également un choix consenti à l'alternative que représente la consultation traditionnelle en l'absence de situation d'urgence. »

Aussi, par ce formulaire, j'autorise, sous les conditions développées ci-dessus, à l'usage d'un procédé de Télémédecine et j'autorise également l'ensemble des intervenants l'accès aux données de mon dossier médical.

Oui, j'autorise

Non, je n'autorise pas

Ce consentement est valable pour une durée indéterminée et pourra être révoqué à tout moment.

Fait à _____ le _____

Signature du Résident
ou du Représentant légal

Signature de la personne de confiance :

11, rue Pierre Lauwers
59178 Hasnon
Tél. 03 27 51 95 00 – Fax. 03 27 51 95 08

Annexe V-4 : Exemple de compte-rendu d'actes de télémédecine en EHPAD (1) et (2)

Exemple de compte-rendu d'actes de télémédecine en EHPAD (1)

6-1. Compte rendu financier : bilan qualitatif de l'action réalisée

Cette fiche est à détacher et à retourner dans les 6 mois suivant la fin de l'exercice au cours duquel la subvention a été accordée¹. Elle doit obligatoirement être établie, avant toute nouvelle demande de subvention. Vous pouvez ne renseigner que les cases grisées du tableau si le budget prévisionnel de l'action projetée a été présenté sous cette forme. Cette fiche peut être adaptée par les autorités publiques en fonction de leurs priorités d'intervention.

Décrire précisément la mise en œuvre de l'action :

Nous avons démarré la télémédecine le 17 novembre 2014. D'abord avec la thématique « Iatrogénie » ensuite « Psychogériatrie » pour progressivement nous étendre sur les 4 thématiques. Au début nous avons rencontré plusieurs problèmes techniques (connexion et réseau) dus au démarrage de ce type de projets.

Du 17/11 au 31/12/2015 nous avons demandé 8 actes avec 7 actes réalisés.

- Iatrogénie : 4 actes réalisés ;
- Psychogériatrie et gériatrie : 3 actes réalisés.

Du 01/01/2015 au 31/12/2015 nous avons demandé 33 téléconsultations, dont 26 ont été réalisées. Nous avons demandé 6 télé-expertises, dont 6 ont été réalisées.

- Psychogériatrie et gériatrie : 11 actes réalisés ;
- Soins Palliatifs : 16 actes réalisés ;
- Iatrogénie : 5 actes réalisés ;
- Parcours de soins : 0 acte réalisé.

Du 01/01/2016 au 31/12/2016 nous avons demandé 10 téléconsultations, dont 10 ont été réalisées. Nous avons demandé 4 télé-expertises, dont 3 ont été réalisées.

- Psychogériatrie et gériatrie : 4 actes réalisés ;
- Soins Palliatifs : 8 actes réalisés ;
- Iatrogénie : 1 actes réalisés ;
- Parcours de soins : 0 acte réalisé.

Du 01/01/2017 au 31/12/2017 nous avons demandé 15 téléconsultations, dont 14 ont été réalisées. Nous avons demandé 1 télé-expertise qui a été réalisée.

- Psychogériatrie et gériatrie : 0 acte réalisé ;
- Soins Palliatifs : 9 actes réalisés ;
- Réévaluation thérapeutique : 4 actes réalisés ;
- Parcours de soins : 2 actes réalisés.

Le nombre de demandes est fluctuant d'année en année et dépend des besoins du public accueilli (résidents en fin de vie, troubles du comportement...).

L'analyse des indicateurs montre un délai moyen de rendez-vous de 3 jours (de 1 à 14 jours).

La durée moyenne des actes est de 30 minutes.

La réception du compte-rendu est immédiate.

¹ Cf. Arrêté du Premier ministre du 11 octobre 2006 portant fixation des modalités de présentation du compte rendu financier prévu par le quatrième alinéa de l'article 10 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

Exemple de compte-rendu d'actes de télémédecine en EHPAD (2)

Nous notons une bonne participation des résidents, des familles, des professionnels, également quelques participations du médecin coordonnateur et des médecins traitants.

Aucun résident n'a refusé la téléconsultation et le déplacement vers le système fixe n'a pas posé de problème.

40 déplacements ont été évités sur 67 téléconsultations réalisées (déplacement du résident en ambulance ou déplacement de l'équipe mobile).

La thématique parcours de soins a été très peu utilisée au cours de cette expérience, car le système mobile au niveau du CH de Valenciennes n'était pas souvent fonctionnel.

Plusieurs réunions et COPIL's ont été organisés et ont permis d'optimiser les comptes rendus des actes de télémédecine, mettre en place un courrier type pour les médecins traitants, travailler sur la thématique « latrogénie » qui est devenue « Réévaluation thérapeutique » avec la mise en place d'objectifs spécifiques et outils pour favoriser l'adhésion des médecins traitants.

Quel a été le nombre approximatif de personnes bénéficiaires (par type de publics) ?

Personnes déficientes intellectuelles vieillissantes : 2

Personnes âgées en perte d'autonomie : 10

Personne âgées souffrant d'une maladie neurodégénérative : 21

Quels ont été les date(s) et lieu(x) de réalisation de votre action ?

Depuis le 17 novembre 2014 dans le bureau médical au sein de la résidence « Les Charmilles »

Les objectifs de l'action ont-ils été atteints au regard des indicateurs utilisés ?

- *Optimiser la qualité de la prise en charge de la personne âgée institutionnalisée particulièrement fragile ;*
- *Nous pouvons dire que la télémédecine permet d'optimiser la qualité de la prise en charge des résidents : révision d'ordonnances avec optimisation, déplacements en ambulance évités, pas d'attente avant la consultation, rendez-vous et compte-rendu rapides, accès aux soins et aux compétences spécifiques plus rapide. Les familles participent activement et se sentent beaucoup plus associées à l'accompagnement de leur proche.*
- *Optimiser le parcours de soins ;*
- *Accès aux soins plus rapide. Nous n'avons pas pu optimiser les hospitalisations car la majorité des hospitalisations se fait en Court Séjour Gériatrique et parfois aussi en dehors du CHV (pas d'intervention de l'EMIOG possible) et chariot mobile non fonctionnel.*
- *Améliorer l'accessibilité à des soins et compétences spécifiques ;*
- *Accès rapide effectif à des soins et compétences spécifiques.*
- *Améliorer la collaboration entre professionnels de santé pour la réalisation d'actes ;*
- *Excellente collaboration entre professionnels, des échanges professionnels riches et pertinents et une bonne évolution des pratiques professionnelles.*
- *Eviter des déplacements pénibles et coûteux pour les résidents ;*
- *40 déplacements évités sur 67 actes de télémédecine réalisés (soit déplacement de résident en ambulance, soit déplacement de l'équipe mobile).*
- *Proposer des solutions innovantes à la prise en charge des maladies chroniques, notamment celles liées au vieillissement.*
- *Objectif atteint.*

“ La télémédecine peut-elle assurer une médicalisation adaptée au sein de l’EHPAD et faciliter l’accès aux soins des résidents ? ”

Introduction : Face à l’augmentation de l’espérance de vie, aux maladies chroniques liées à l’âge et aux nouveaux besoins en soins, la télémédecine est présentée comme un moyen pour améliorer l’accès aux soins des populations isolées, âgées et/ou handicapées. La télémédecine étant encouragée par les politiques, nous cherchons à connaître les impacts de sa pratique en EHPAD. Et en quoi elle peut assurer une médicalisation adaptée et faciliter l’accès aux soins.

Matériel et méthodes : Nous procédons par analyse et synthèse de la littérature. Ainsi qu’à travers l’élaboration et la validation de grilles pour des entretiens semi-directifs par thématique auprès de professionnels d’EHPAD.

Résultats : Les professionnels d’EHPAD s’accordent sur le fait que la médicalisation est de plus en plus présente, que la pratique de la télémédecine permet une adaptation thérapeutique médicamenteuse et non médicamenteuse, des prescriptions anticipées et un accès aux soins spécialisés. Des hospitalisations sont évitées avec optimisation du temps médical et amélioration de pratiques professionnelles. La téléconsultation et la téléexpertise sont les actes les plus pratiqués sur des pathologies de psychogériatrie, de soins palliatifs et de plaies complexes. La télémédecine loin de briser le lien humain, le conforterait et le résident reste dans son environnement habituel. La médicalisation devient adaptée et s’intègre dans la philosophie de l’EHPAD.

Conclusion : La télémédecine peut assurer une médicalisation adaptée en EHPAD et faciliter l’accès aux soins spécialisés. D’où la question de savoir si un meilleur développement de la télémédecine ne désengorgerait pas les services d’urgences et ne serait pas une solution aux déserts médicaux.

Mots-clés: EHPAD, télémédecine, médicalisation, personnes âgées, soin, hospitalisation.

“ Could telemedicine ensure an adapted medicalization in nursing home and facilitate health care accessibility? ”

Introduction: The increase in the life expectancy and the appearance of chronic diseases related to ageing create new medical needs. Telemedicine is presented like a mean to improve the access to the care of the isolated, old and/or disabled populations. So, many policies are defined in order to encourage the deployment of telemedicine. We seek to know the impact of the practice of telemedicine in nursing home and in what that can ensure an adapted medicalization and availability of medical facilities and services for residents.

Material and method: Through an analysis and synthesis of the scientific literature. Also with interview guide for semi-directing talks, by thematic carried out with professionals in nursing homes.

Results: According to information collected, professionals of nursing homes agree on the fact that the need for care rises. Then the practice of telemedicine allows to adjust or stop drug-induced and anticipated regulations. The access to the care is improved and hospitalizations avoided. Teleconsultation and teleexpertise are more practiced on psychogeriatric pathologies, insanity, hospice care and wounds complex. They think that telemedicine far from breaking the human link, would consolidate it through collaboration between professionals and the fact that the elderly remains in his medium of life. So the medicalization is adapted and is integrated in the philosophy of the nursing home.

Conclusion: Telemedicine can ensure more adapted medicalization in nursing home and facilitate health care accessibility. That would make it possible to decrease the hospitalizations. Telemedicine could be a solution to unchocke emergency medical services and also to reduce the number of medical deserts.

Keywords: Nursing home, telemedicine, medicalization, elderly people, care, hospitalization.