

Présentation TLM en EHPAD

journée régionale de TLM

ARS Pays de la LOIRE

F. MIGNEN

J.A. COZIC



Faire de la télé-médecine en EHPAD?

Faire de la TLM en EHPAD c'est: s'intéresser avant tout à la Personne Agée polypathologique

Culture gériatrique: anticipation et adaptation

- Anticiper les possibilités de décompensations et donc d'hospitalisations: les 4 facteurs de risques (chute, polymédication, dénutrition, dépression)
- S'adapter à la PA et non le contraire:
 - Éviter de déplacer les PA polypathologiques, source d'aggravations
 - Éviter de fractionner la PEC en une succession d'interventions spécialisées sans coordination

Faire de la TLM en EHPAD **c'est :**

- Améliorer l'offre de soins
- Raccourcir les délais de PEC: exemple de la dermato
- Fluidifier le parcours de soins: exemple de la filière gériatrique: les téléconsultations sont faites par les mêmes gériatres qui interviennent en mémoire, HDJ, EMG,MAG = lien directe pour organiser un mode de PEC programmé

Faire de la Télémédecine en EHPAD: c'est s'intéresser aux professionnels de santé

- Échanges directes entre les PS avec restitution immédiate de l'information médico-soignante
- Fonction apprenante
 - Très grand intérêt en gériatrie avec imprégnation de la culture gériatrique, la « revue thérapeutique », la recherche de solutions non médicamenteuses toujours dans l'idée d'ANTICIPER et d'ADAPTER
- Rapprochement des professionnels de santé, vecteur d'une nouvelle organisation des soins
 - Bienfaits reconnus de la pluriprofessionnalité en gériatrie

Du point de vu des soignants en EHPAD

- Levée de leur isolement ++
- Valorisation de leur travail ++ ils ont la connaissance des résidents
- Sont partie prenante pour ne pas déplacer les PA (polypatho, démentes...), d'éviter les hospitalisations (urgences) souvent source d'aggravation de leur état
- Si hospitalisation: elle devient programmée et ciblée, donc organisée, y compris le retour
- Apprécient la formation permanente reçu lors des téléconsultations (gériatriques et dermatologiques)
- Pas d'appréhension de la technique
- Apprécient l'utilisation d'un grand écran permettant de zoomer, facteur de la bonne acceptabilité des résidents d'EHPAD à la TLM

En pratique: une activité de TLM

- ▶ Il s'agit d'accompagner les professionnels de santé sur les bonnes pratiques en la matière et de dédramatiser la TLM
- ▶ Monter un projet de TLM, c'est répondre à une foule de questions : « Qu'est-ce que c'est, comment ça fonctionne, quels patients vont être concernés ? »
- ▶ Mise a disposition de la documentation et des outils déjà expérimentés au fil de l'eau :
 - ▶ - écriture et gestion d'un projet médical,
 - ▶ - indicateurs de pilotage et performance,
 - ▶ - ressources humaines,
 - ▶ - juridique (conventions avec le centre expert, hébergement données de santé, déclaration à la CNIL),
 - ▶ - équipement technique.

Télé médecine en EHPAD LNA Santé Pays de la Loire

Expérience acquise

- En 2015 : premier projet de prise en charge des TPC dans un établissement de LNA Santé: le Parc de Diane avec le pôle de gériatrie clinique du CHU de NANTES
- En 2015 : mise en place d'un projet de TLM en gérontopsychiatrie entre un EHPAD LNA Santé (Les Jardins d'Olonne) et le CHS Mazurelle à Olonne
- En 2017 : extension du premier projet à 4 nouveaux EHPAD (2 LNA Santé et 2 AGAPE)
- À noter par ailleurs entre 2013 et 2017 la mise en œuvre de 22 projets de TLM au sein des EHPAD et des établissements sanitaires de LNA Santé en France

Un nouvel usage

- ▶ Le déploiement des activités de TLM dans le cadre des TPC a permis de faire émerger rapidement un besoin accru d'expertise en Gériatrie clinique
- ▶ Parallèlement au déploiement de l'activité initiale, réponse en 2015 à un AAP de l'ARS PDL incluant le déploiement d'une activité en gériatrie clinique pour l'ensemble des EHPAD participant au projet avec le CHU de NANTES
- ▶ En 2017 ,dans le cadre d'un AAP de l'ARS , intégration des Jardins d'Olonne à ce projet
- ▶ **Au total 6 EHPAD** mettent en œuvre depuis le second semestre 2017 une activité de TLM en gériatrie clinique avec le PGC du VHU de Nantes (Pr G Berrut)

Les éléments porteurs du projet

- ▶ Un projet médical identifié ,adapté au besoin déterminé, condition première de la réussite, **élaboré par l'équipe médicale de l'établissement**
- ▶ Une organisation adaptée et protocolisée,
- ▶ Création d'un comité TLM au sein de LNA Santé regroupant les compétences médicales, juridiques ,administratives, techniques (médecins coordonnateurs: Dr J A COZIC pour le siège et Dr I HAUGER pour l'exploitation) au service des porteurs de projets dans les établissements permettant ainsi un cadrage précis des projets et un accompagnement personnalisé
- ▶ Un portage médical fort soutenu systématiquement, par un coordonnateur sur le terrain en lien avec le COPIL TLM
- ▶ Étude précise des besoins et des capacités des établissements

Activité 2^{ème} SEMESTRE 2017

établissement	TLC DIAGNOSTIC	TLC REVISION ORDONNANCE	TLE	TOTAL
PDD	5	3	1	9
Chézalière/Creisker Ile verte/saint Joseph	4	2	1	7
TOTAL	9	5	2	16

Les premiers retours

- ▶ **Satisfaction** des médecins coordonnateurs concernant les éléments diagnostiques : facilitation de la communication avec les MT
- ▶ Idem sur le côté thérapeutique médicamenteuse
- ▶ Possibilité de **générer des hospitalisations ciblées** et coordonnées rapidement après les TLC
- ▶ Attente de la mise en place de LA TLM pour les bilans cardiologiques et pour les bilans bucco dentaires



TLM en EHPAD dans le Nord Ouest Vendéen

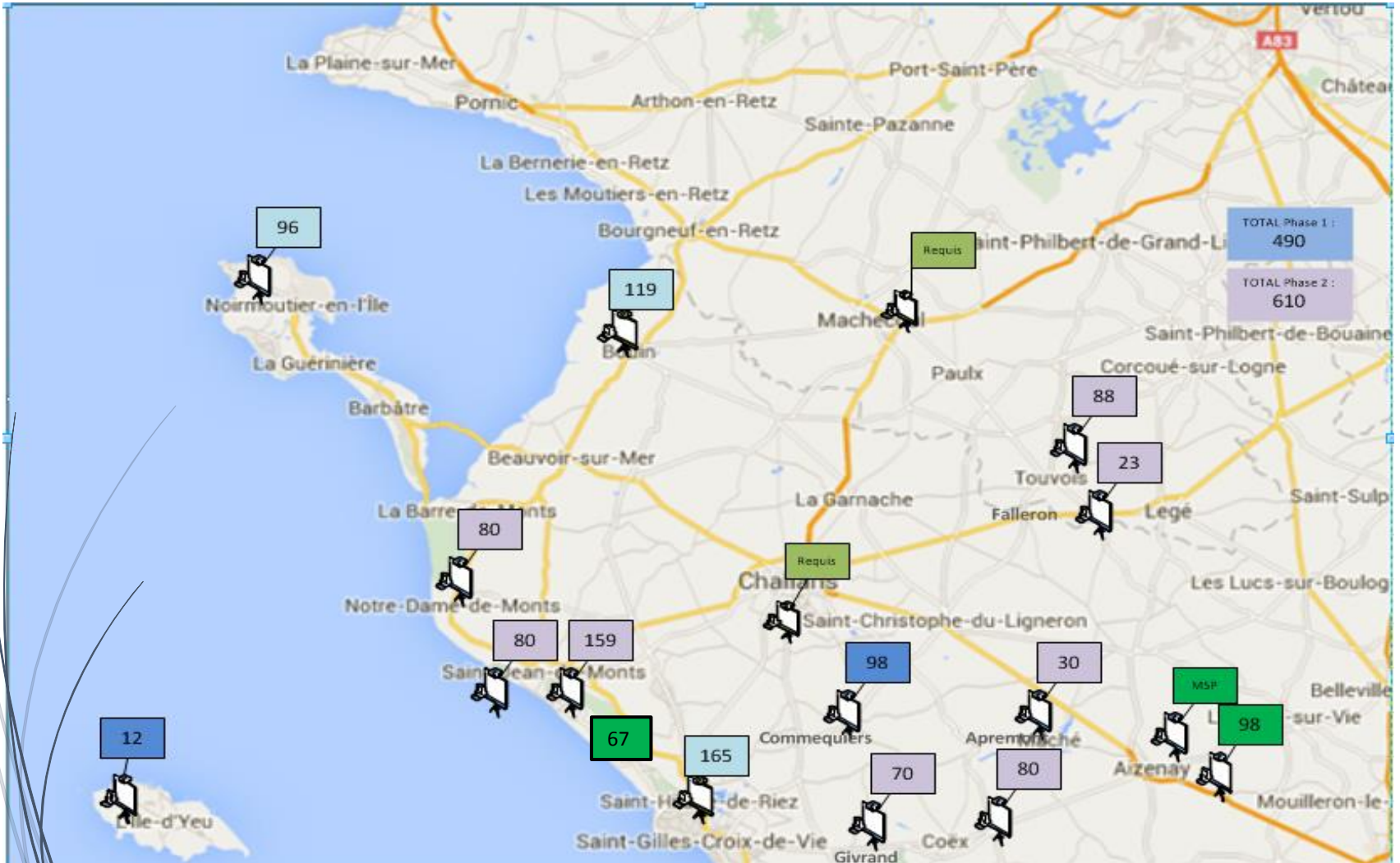
Dr MIGNEN



Procédure de mise en place en EHPAD

- Écriture d'un projet médical de TLM territorial, socle des projets médico-soignants des EHPAD
- Organisation autour d'un chef de projet, une équipe territoriale de TLM, de référents de TLM dans chaque structure (MOA)
- Définir les besoins pour préciser les usages attendus de la TLM dans l'établissement
- Toujours garder en tête la notion du trépied médical (MOA), technique (industriel - MOE) et administratif (financier)

Déploiement: organisation répondant aux besoins d'un territoire sur une échelle maîtrisée par et pour les équipes médico-soignantes du secteur (dynamique d'installation)



Activité

Téléconsultations: 2017/cumulées depuis 2012

- gériatrie **75** depuis 2012: **296**
- Dermatologie: **68** depuis 2012: **172**
- Diabétologie: **13**
- Psychiatrie: **1**

Télé expertises:

- Télé expertise pharmacologie clinique
Noirmoutier: **11** depuis 2016: **23**

Évaluation de l'activité de téléconsultation (résultats 03/2018, recueil de données sur logiciel Sphinx)

Téléconsultations de gériatrie : 220 dossiers

- Beaucoup de démences modérément sévères à sévères: + de 50 %
- Grande dépendance: essentiellement GIR1+GIR 2 > 50 %,
- **Essentiellement pour des SCPD (troubles psycho-comportementaux) dans 89,9 % des motifs de téléconsultation)**

Attitudes avant d'avoir la TLM :

- Orientation non programmée 10 % (15-urgences)
- Programmée 70 % : hospitalisation 19 % - consultation 51 %
- Temporisation ou renoncement aux soins 20%

Orientation après TLM :

- **PEC à l'EHPAD 89 %**
- Orientation programmée 11 % (consultation 3 %, hospitalisation programmée 8 %)
- 0 transfert aux urgences

Temps moyens par acteur :

- Temps consacré requérant 42 mn (11,5+21+9)
- Temps consacré requis 42 mn (7+21+14)

3 abandons de téléconsultation pour Pb technique (10), aucun refus

Thèse de Doctorat en Médecine (Pauline TROUDET)

- 174 patients ayant bénéficié d'une téléconsultation de gériatrie du 1^{er} mai 2012 au 15 août 2017
- 48 patients inclus = intention d'hospitalisation avant téléconsultation
- 8 patients hospitalisés dans les 7 jours de la téléconsultation
- 8 admissions directes en service de Gériatrie Aigue
- 0 passage par le Service d'Accueil des Urgences
- 40 patients non hospitalisés dans les 7 jours de la téléconsultation

Tableau II. Caractéristiques des 2 sous-groupes étudiés

	Hospitalisation à J+7 n= 8	Absence d'hospitalisation à J+7 n=40	Valeur de p*
n=48			
Age > 85 ans, n(%)	5 (62,5)	21 (52,5)	0,710
Sexe féminin, n (%)	5 (62,5)	30 (75)	0,660
Démence sévère n=47, n(%)	2 (25)	13 (32,5)	1,000
GIR≤2, n(%)	6 (75)	27 (67,5)	1,000
Chutes au cours des 6 derniers mois, n(%)	4 (50)	19 (47,5)	1,000
Dépression, n(%)	6 (75)	33 (82,5)	0,630
Dénutrition, n(%)	3 (37,5)	9 (22,5)	0,390
Polymédication n=45, n(%)	5 (62,5)	19 (47,5)	0,700
Hospitalisation au cours des 6 derniers mois, n(%)	2 (25)	15 (37,5)	0,690
Diagnostic médical au décours de la téléconsultation : troubles psychocomportementaux, n(%)	3 (37,5)	35 (87,5)	0,006

Conclusion

Retour d'expérience



Retour d'expérience

Forces

- Filière gériatrique complète
- EHPAD demandeur (avis, filière, PEC gériatrique, fonction apprenante, maintien du résident dans sa structure)
- Recours aux urgences évitées, hospitalisations évitées ou programmées

Faiblesses

- Fragilité de l'adhésion (travail de conviction permanent nécessaire)
- Lourdeur des contrats et des procédures de mise en place
- Faible usage par requérant (requérant dépendant).

Opportunités

- Ouverture au premier recours (adhésion des MT?)
- Ouverture à d'autres spécialités
- Apport d'une nouvelle organisation des soins: le parcours de soins coordonnés
- QIMED
- Reconnaissance du temps requérant (programme ETAPES)
- Equipes opérationnelles de télémédecine disponibles

Menaces

- Complexité des règles de sécurité informatiques (CPS)
- Pannes techniques + + (pannes réseau)
- Modèle économique mal défini
- Temps experts restreints et difficilement extensibles
- **Pas de télémédecine sans requérants ou sans experts**

Merci de votre attention

