

“La télémedecine, source de qualité et d’efficacité”

Après des années d’expérimentations éparses, le déploiement de la télémedecine devrait prendre un nouveau départ à partir de cette année. **Nathalie Salles**, gériatre et présidente de la Société française de télémedecine, revient sur les vertus de cette pratique médicale innovante en établissement médico-social.

La télémedecine bénéficie d’une reconnaissance depuis 2009 [1], et le secteur médico-social figurait parmi les cinq priorités de la stratégie nationale de 2011. Où en est-on depuis ?

Nathalie Salles. C’est une question difficile car nous ne disposons pas d’un état des lieux national des projets de télémedecine. Toutefois, on sait qu’elle se développe désormais dans chaque région [2], à partir des hôpitaux, dans le cadre d’expérimentations. Ce sont donc des « aventuriers » sur le terrain, qui se lancent et portent la « bonne parole » de cette nouvelle pratique médicale. Même si les agences régionales de santé (ARS) ont bien compris l’enjeu [3], ce déploiement reste disparate : tout le monde n’est pas au même stade [4]. Dans le secteur médico-social, les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) semblent ainsi plus avancés que ceux du handicap. Globalement, ces structures sont très demandeuses, mais ne savent finalement pas bien comment monter un projet de télémedecine.

En quoi permet-elle de répondre aux enjeux du médico-social ?

N. S. Le principal défi est celui de l’optimisation de la qualité des soins. Que ce soit en milieu rural ou urbain, la problématique est la même : celle de l’accès aux soins pour des personnes dépendantes – du fait de l’âge, d’une maladie, d’un handicap – et qui présentent des pathologies ou troubles du comportement nécessitant l’expertise de spécialistes (psychiatre, gériatre...) en appui des équipes. Le suivi des maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque...)

est donc compliqué. La téléconsultation facilite ainsi l’accès à des spécialistes, à distance, et dispense de déplacements chronophages.

Par ailleurs, en Ehpad, le recours aux urgences est dit potentiellement évitable dans plus

« Le bon déploiement de la télémedecine passera par la formation et l’accompagnement de tous afin de s’approprier le cadre juridique, technique et éthique. »

de la moitié des cas, cela révèle toute la difficulté de suivre correctement les maladies chroniques sans qu’elles décompensent et amènent le résident à l’hôpital voire aux urgences. La télémedecine n’est donc pas une médecine au rabais, ou par défaut en établissement faute de professionnels.

Ces bénéfices sont-ils démontrés ?

N. S. Non, cela reste à prouver scientifiquement. Pour cela, au CHU de Bordeaux, qui pilote depuis 2012 une expérimentation de télémedecine en Ehpad, nous avons décroché fin 2016 une enveloppe de 450 000 euros dans le cadre de l’appel à projets national du programme de recherche sur la performance du système de soins (Preps). Nous travaillons sur les conditions organisationnelles d’efficacité de la télémedecine en Ehpad. Sur trois ans, nous allons pouvoir comparer des structures équipées avec celles qui ne le sont pas en matière de parcours de soins et de qualité.

Ce qu’on observe déjà empiriquement, c’est que le recours à la télémedecine, du fait de l’organisation plus efficiente et qualitative qui est mise en place, génère une économie sur les dépenses rela-

tives aux soins. Selon un des directeurs participants, la meilleure gestion de la cicatrisation des plaies de quelques résidents (avec des pansements changés moins fréquemment par exemple ou avec moins de locations ou d’achats de dispo-

sitifs médicaux) a, d’une part, diffusé des bonnes pratiques auprès de l’ensemble de l’équipe et, d’autre part, lui a fait économiser 10 000 euros sur une année. Nous notons aussi une réduction des prescriptions de psychotropes, particulièrement de neuroleptiques, pour les patients présentant des troubles cognitifs sévères. Car la téléconsultation et la télé-expertise permettent de rassurer l’équipe soignante, en trouvant une solution collégiale qui sera ainsi respectée et suivie par tous, tout en assurant des prescriptions anticipées « si besoin ». Dans 20 % des cas, le traitement est même arrêté.

Quelles sont les clés du succès ?

N. S. Après une première phase avec six structures bénéficiant de téléconsultations pour des plaies complexes, la deuxième inclut plus de 62 établissements et a été élargie à d’autres indications (troubles psycho-comportementaux et psychiatriques, situations palliatives, odontologie). Les retours des utilisateurs sont extrêmement positifs et le dispositif affiche une centaine de téléconsultations par mois. Malgré tout, cela ne fonctionne vraiment que dans la moitié des Ehpad concernés. Nous nous sommes

donc posé la question de l’usage de l’outil, *via* une étude diligentée avec un sociologue universitaire. *In fine*, ce n’est pas tant les cadres administratif, juridique, financier ou encore technologique qui constituent de véritables obstacles. Le plus compliqué, c’est de faire adhérer tous les acteurs à cette nouvelle pratique : résidents, familles, soignants, médecins généralistes et spécialistes. Et ça prend du temps.

Comment faire alors ?

N. S. Il faut communiquer pour lever les craintes, avec un discours très pragmatique pour que tous aient envie d’y aller. En amont, il est aussi indispensable d’interroger les usagers et les utilisateurs sur leurs besoins et leurs attentes afin de trouver des solutions adaptées au territoire, à ses enjeux et à ses acteurs et amener ainsi l’outil dans de bonnes conditions, notamment organisationnelles. Il s’agit donc de laisser le terrain travailler comme il le souhaite en fonction de ses caractéristiques.

Ensuite, cela demande de revoir les fonctionnements et de simplifier les *process*. Je recommande la nomination en interne de deux référents qui connaissent l’outil et peuvent rassurer et briefer tout le monde. Sans cela, le matériel risque de rester dans les placards !

2018 sera-t-elle une année charnière pour la télémedecine ? Et à quelles conditions ?

N. S. Je l’espère ! La télémedecine est inscrite dans la stratégie nationale de santé. Et la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 fait sortir de l’expérimentation les actes de téléconsultation et de télé-expertise,

CARTE D'IDENTITÉ

Nom. Nathalie Salles

Formation. Gériatre

Fonctions actuelles. Cheffe du pôle de gériatrie clinique au CHU Bordeaux, pilote médicale de l'expérimentation Nouvelle-Aquitaine de télémédecine en Ehpad, présidente élue de la Société française de télémédecine (SFT), coordinatrice du diplôme interuniversitaire de télémédecine, présidente du groupe national des équipes mobiles de gériatrie.

Publication. « Télémédecine en Ehpad : les clés pour se lancer », éditions Le Coudrier, 2017



qui seront financés par l'assurance maladie dans le cadre du droit commun. Les négociations sont en cours avec les syndicats de médecins libéraux afin de fixer les tarifs des actes.

Il restera l'enjeu du coût de l'investissement et de la capacité des ARS à aider l'ensemble des structures médico-sociales demandeurs à s'équiper, par exemple grâce au fonds d'intervention régional (FIR)^[5]. Il faudra aussi concevoir des outils plus légers, mobiles et moins chers avec une très bonne résolution d'image. Et surtout accessibles partout, grâce au wi-fi et au haut débit. Mais au final, ce sont des questions secon-

naires. Le bon déploiement de la télémédecine passera par la formation et l'accompagnement de tous afin de s'approprier le cadre juridique, technique et éthique. Il existe certes un diplôme interuniversitaire qui forme depuis 2016 environ 70 étudiants par an (infirmiers, directeur, avocats, médecins, sociologues, économistes...). Mais il faut développer des formations plus simples, par exemple *via* le développement professionnel continu (DPC) pour les soignants.

Un conseil aux directeurs?

N. S. La télémédecine participe à la fluidité des parcours, améliore la qualité de vie des résidents et la

vie au travail des soignants. En outre, elle permet de former ces derniers sur site : un vrai gain de compétences et de temps. Sans oublier que cela contribue à donner une image positive des structures qui sont repérées ainsi comme des lieux ressources, intégrant des dispositifs innovants. Le principal conseil, c'est donc qu'il faut y aller!

Noémie Gilliotte

Photo: Christophe Pit

[1] La loi Hôpital, patients, santé et territoires de juillet 2009 et le décret du 19 octobre 2010 définissent la télémédecine et reconnaissent cinq actes : la téléconsultation, la télé-expertise, la télésurveillance,

la téléassistance médicale et la régulation médicale.

[2] Les expérimentations peuvent être déployées sur l'ensemble du territoire depuis la LFSS pour 2017 (et non plus au sein des neuf régions pilotes retenues en 2014).

[3] Les projets régionaux de santé (PRS) doivent comprendre un programme de développement de la télémédecine (décret n° 2010-514 du 18 mai 2010).

[4] Dans un rapport de septembre 2017, la Cour des comptes pointe un développement embryonnaire et fait des préconisations.

[5] Dont le Premier ministre a annoncé le doublement en 2018 (18 millions d'euros).