

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

MÉMOIRE

POUR LE DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE DE
FORMATION A LA FONCTION DE MÉDECIN COORDONNATEUR
D'ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES
DÉPENDANTES

**TELEMEDECINE ET TELECONSULTATIONS
GERIATRIQUES EN EHPAD :
ETAT DES LIEUX APRES DEUX ANS
D'EXPERIMENTATION AU SEIN DE LA RESIDENCE
EHPAD LE PARC A NANCY.**

Soutenu par

Docteur Arnaud MORETTINI

Dirigé par Docteur Julien AZZI

TABLE DES MATIERES

1. Introduction	4
2. Généralité concernant la télémédecine.....	5
2.1. Histoire	5
2.2. Définition	6
2.3. Stratégie nationale de déploiement de la télémédecine.....	8
2.3.1. La permanence des soins en imagerie.....	8
2.3.2. La prise en charge de l'AVC.....	8
2.3.3. La santé des personnes détenues	9
2.3.4. La prise en charge d'une maladie chronique.....	9
2.3.5. Les soins en structure médico-sociale et en hospitalisation à domicile.....	10
2.4. Financement de la télémédecine.....	11
2.4.1. Financement de l'investissement initial	11
2.4.2. Financement de l'activité.....	13
2.5. Déontologie et télémédecine	14
2.6. Droits des patients et responsabilité des acteurs	17
2.6.1. Information et consentement du patient	18
2.6.2. Dossier médical et secret professionnel.....	18
2.6.3. Obligations liées à l'acte et à la qualité de la prise en charge	19
2.6.4. Obligations liées à l'utilisation d'outils technologiques.....	20
3. Les téléconsultations au sein de la résidence Le Parc.....	22
3.1. Le projet initial et ses objectifs	22
3.2. Les acteurs de l'expérimentation	23
3.2.1. Les EHPAD.....	23
3.2.2. Le CHRU de Nancy et le service de gériatrie qui représente le site expert	24

3.2.3. Le service régional de téléconsultation médicale de haute qualité « ODYS »	24
3.3. Les indications.....	25
3.4. Modalités organisationnelles	26
3.5. Matériel.....	27
3.5.1. Le site demandeur	27
3.5.2. Le site expert.....	30
3.6. Résultats.....	32
3.6.1. Période d'expérimentation	32
3.6.2. Nombre de téléconsultations	32
3.6.3. Age moyen des patients – sex ratio.....	32
3.6.4. Motif de recours.....	33
3.6.5. Personnel présent.....	33
4. Discussion	34
4.1. Avantages.....	36
4.2. Les facteurs limitant.....	37
4.3. Axes d'amélioration et perspectives d'évolution	39
4.4. Projets d'expérimentation	40
4.4.1. Les téléconsultations d'urgence.....	40
4.4.2. Les téléconsultations avec le centre psychothérapeutique de Nancy.....	40
5. Conclusions	41
6. Bibliographie	42
Annexe 1	44

1. Introduction

Le médecin coordonnateur d'EHPAD va devoir continuer à faire face dans les années à venir à l'accueil d'un nombre croissant de résidents polypathologiques, polymédiqués présentant le plus souvent des troubles démentiels associés. Dans ce contexte le recours régulier à un avis gériatrique spécialisé devient de plus en plus nécessaire. La télémédecine et les téléconsultations en particulier peuvent-elles répondre aux attentes des praticiens et des patients de façon qualitative et organisationnelle ?

Nous nous intéresserons dans une première partie à définir les téléconsultations en les inscrivant dans une dynamique à l'échelle nationale. Nous évoquerons également les modalités de financement ainsi que les enjeux médico-légaux.

Puis un retour d'expérience concernant des téléconsultations en EHPAD sera évoqué au travers des résultats de 2 ans d'utilisation régulière entre le service de gériatrie du CHRU de Nancy et la résidence EHPAD Le Parc à Nancy.

2. Généralité concernant la télémédecine

2.1. Histoire

Contrairement à ce que nous pourrions penser la télémédecine ne débute pas avec l'émergence d'internet mais se calque à l'histoire des télécommunications.

Ses premières applications ont été de contrer l'éloignement engendré par des traversées maritimes ou par des étendues de terre peu peuplées comme au Canada, en Alaska ou en Australie.

Progressivement et dès la fin du XIX siècle les médecins ont commencé à intégrer dans leur pratique le téléphone et la radiodiffusion.

En 1948 un service radio-médical relayait par voie téléphonique à l'hôpital Purpan de Toulouse des radio-messages issus de navires. L'objectif était d'améliorer la prise en charge des malades à bord.

L'évolution se poursuit aux Etats Unis dans les années 60 avec la mise en place de programmes de téléconsultation et de télé-éducation autour du Nebraska Psychiatric Institute. Puis vient la première visioconférence en chirurgie cardiaque entre les Etats Unis et la Suisse en 1965 ou encore le premier congrès de télémédecine au Michigan en 1973.

Cette première génération de projet reste assez limitée principalement à cause des faibles performances technologiques, des coûts élevés et surtout d'une mauvaise organisation des réseaux mis en place.

Le véritable essor de la télémédecine viendra avec les liaisons satellites et l'intérêt que porteront des institutions telles que la NASA. Vers la fin des années 70 les vols spatiaux vont pousser le centre spatial américain à mettre en place des programmes de téléassistance pour délivrer les premiers soins à ses astronautes. Cet intérêt sera partagé par l'US NAVY, les stations d'études et de recherche en Antarctique ainsi que par les stations d'exploitation pétrolière [1].

Le dernier acte de la télémédecine moderne date de la fin des années 80 en Scandinavie avec le programme « access to health care services ». Ce projet, qui sera un succès se concentre sur un certain nombre d'applications de télémédecine en temps réel tel que la radiologie, la dermatologie, la cardiologie, la psychiatrie ou l'oto-rhino-laryngologie.

D'autres pays (Etats-Unis, Australie, Royaume Uni, Nouvelle Zélande...) vont alors développer des programmes similaires.

2.2. Définition

La Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 ainsi que le décret du 19 octobre 2010 ont donné une définition précise de la Télémédecine et fixé son cadre réglementaire.

« 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 figure 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.

La télémédecine est donc d'abord une pratique médicale, et non pas un système technologique. »

Il existe 5 actes de télémédecine reconnus réglementairement :

– la téléconsultation : Consultation à distance entre un médecin et un patient, ce dernier pouvant être assisté par un autre professionnel de santé ;

– la télé-expertise : Elle permet 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 ;

– la télésurveillance médicale : Elle permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de rendre 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 ;

– la téléassistance médicale : Elle permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

– la réponse médicale urgente apportée dans le cadre des activités de régulation SAMU - Centre 15.

Tout acte de télémédecine requiert la participation d'un professionnel médical [2].

2.3. Stratégie nationale de déploiement de la télémédecine

Notre projet régional s'inscrit dans un programme national dont le cadre est définie par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en janvier 2011 [3].

Ce programme national s'articule autour de cinq chantiers dit prioritaires.

2.3.1. La permanence des soins en imagerie

« Le déploiement de la télé-radiologie contribue à assurer la continuité et la permanence des soins dans un contexte de pénurie des radiologues et d'accroissement de la demande des examens de radiologie ». La télé-imagerie est une des premières applications de télémédecine à s'être développée en France.

2.3.2. La prise en charge de l'AVC

« L'utilisation conjointe de ces techniques (vidéoconférence et télé-radiologie) a pour objet, tant en urgence que dans le suivi des patients, d'améliorer la fiabilité des diagnostics et

d'assurer des décisions thérapeutiques ou des prises en charge adaptées avec un bénéfice immédiat pour le patient (par exemple, la thrombolyse) » [3].

2.3.3. La santé des personnes détenues

On estime à 67 050 le nombre de détenus en France. L'accès aux soins en prison reste un défi à relever puisque la loi pénitentiaire de novembre 2009 précise que la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population.

Or, l'extraction de détenus nécessite des moyens humains et un coût important. La télémédecine est donc apparue très tôt comme une réponse possible pour résoudre ces problèmes.

2.3.4. La prise en charge d'une maladie chronique

Il existe actuellement 15 millions de patients atteints d'une pathologie chronique et ce chiffre s'accroît en raison du vieillissement de la population. L'enjeu des années à venir sera de privilégier la prévention et le maintien à domicile en favorisant la télésurveillance.

2.3.5. Les soins en structure médico-sociale et en hospitalisation à domicile

2.3.5.1. En EHPAD

Comme évoqué précédemment les résidents en EHPAD sont fréquemment confrontés à des déplacements entre leur lieu de vie et des établissements de santé [4]. Dans les suites d'une hospitalisation il est fréquent d'observer une dégradation de l'état de santé et de l'autonomie qui se traduit par des chutes, une perte de poids, des troubles du comportement... Ces phénomènes sont encore plus prononcés chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer.

Les bénéfices attendus sont de plusieurs ordres : [3]

- maintenir, voire étendre la couverture médicale d'un territoire en offre de soins généralistes et spécialisés ;
- permettre et/ou améliorer les liens entre acteurs de premier recours et spécialistes en limitant l'isolement des professionnels travaillant en EHPAD, surtout dans certaines zones géographiques telles que les zones rurales ou montagneuses ;
- diminuer les hospitalisations ;
- éviter ou limiter pour des personnes fragiles, les transports et déplacements pénibles, sources de perturbation pour celles-ci, sans compter le coût associé ;
- faciliter l'accès des personnes âgées aux suites de soins après un épisode d'hospitalisation.

2.3.5.2. En HAD

Ici l'objectif n'est pas de limiter les visites au domicile, mais vise plutôt à améliorer la prise en charge. La télémédecine permet en particulier de fournir aux médecins spécialistes

associés à la prise en charge toutes les données nécessaires tout en limitant les déplacements de ces derniers.

2.4. Financement de la télémédecine

Le manque de rigueur des évaluations médico-économiques est souvent présenté dans la littérature comme l'un des freins au développement de la télémédecine en France. Ce qui limiterait les décisions de financement des pouvoirs publics et conjointement des investisseurs privés.

Faute de financement pérenne les expérimentations de télémédecine risquent de ne pas dépasser le stade de projet [5].

Se distinguent deux enjeux principaux :

- le financement de l'investissement initial représenté par l'achat et l'installation du matériel ;
- le financement de l'activité représenté par la rémunération des acteurs de la télémédecine.

2.4.1. Financement de l'investissement initial

D'un côté le caractère expérimental de la plupart des projets de télémédecine en cours facilite la possibilité d'obtenir des crédits, situation qui se modifiera dès lors que le déploiement de la télémédecine s'amplifiera.

D'un autre c'est la situation de crise qui favorise l'émergence de la télémédecine. Comme au CHU de Fort de France qui a du en urgence trouver une solution pour maintenir la permanence des soins dans le service d'imagerie médicale [6].

D'une façon générale il existe trois sources principales de financement.

2.4.1.1. Les crédits européens

Ils prennent appui sur plusieurs fonds structurels et d'investissement européens dont le Fond Européen de Développement Régional (FEDER), le tout dans le but de « valoriser un développement harmonieux et réduire les déséquilibres régionaux au sein de l'Union Européenne ».

Un des objectifs du FEDER est de développer la santé en ligne (télésanté). Les crédits européens peuvent donc être mobilisés pour financer les investissements nécessaires pour le déploiement d'un projet de télémédecine.

2.4.1.2. Les crédits nationaux

L'Agence Régionale de Santé (ARS) via les crédits du Fond d'Intervention Régional (FIR) est susceptible d'apporter son aide financière au développement d'une activité de télémédecine [7].

En 2011 la DGOS a délégué aux ARS 26 millions d'euros de fonds pour promouvoir les projets de télémédecine [6].

Les promoteurs de projet ont donc tout intérêt à se rapprocher du chargé de mission télémédecine de l'ARS afin d'examiner d'éventuelles perspectives de financement.

2.4.1.3. Les crédits régionaux

La télémédecine constitue un domaine d'intervention privilégié de la plupart des régions dans une optique de développement du territoire. Le Programme Régional de Télémédecine (PRT) arrêté par l'ARS peut d'ailleurs prendre la forme de programmes territoriaux de santé pouvant donner lieu à des contrats locaux de santé conclus avec les collectivités territoriales [7].

2.4.2. Financement de l'activité

La difficulté actuellement n'est pas tant de couvrir tout ou partie de l'investissement initial mais plutôt d'élaborer un financement de l'activité de téléconsultation.

A la suite de l'adoption de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST), l'article L.162-3 du Code de la Sécurité Sociale a été modifié et précise désormais que « les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine ». Cette modification ouvre la voie à la prise en charge des téléconsultations par l'Assurance Maladie au même titre qu'une consultation classique.

Ce changement est cependant loin d'avoir levé tous les obstacles liés au financement de la télémédecine, d'autant que la situation varie selon la nature des actes réalisés et que la sécurité sociale est en retrait sur les expérimentations en cours.

Selon l'article 36 de la loi de financement de la Sécurité Sociale, des expérimentations de financement d'actes de télémédecine sont menées depuis janvier 2014 pour des patients pris

en charge en médecine de ville et dans des structures médico-sociales, au sein de régions pilotes et ce pour une durée de quatre ans.

L'objectif de ces expérimentations est d'aboutir à un nouveau modèle de financement des actes de télémédecine, dans le but de dégager un mode de rémunération pérenne de nature à favoriser un déploiement à grande échelle.

L'évaluation de ces expérimentations sera conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS), en lien avec les ARS, les organismes locaux d'Assurance maladie et les acteurs participant au projet.

Un rapport sera transmis au Parlement par le Ministre de la santé fin 2016.

2.5. Déontologie et télémédecine

La déclaration sur la télémédecine a été formellement adoptée lors de la réunion plénière du Conseil Européen des Ordres des Médecins (CEOM) le 13 juin 2014. En préambule, il est indiqué que « *la pratique de la télémédecine ne doit pas contribuer à une déshumanisation de la relation avec le patient* » et « *aucune technologie ne peut venir remplacer la relation humaine, interpersonnelle et singulière, qui doit rester le fondement même de l'exercice de la médecine mais les technologies de l'information et de la communication, notamment la télémédecine, peuvent être utiles pour apporter l'expertise médicale sur des territoires où elle ne se trouve pas* ».

En 2009 le Conseil National de l'ordre des médecins (CNOM) a estimé qu'il n'était pas nécessaire de créer de nouveaux articles dans le Code de déontologie médicale pour encadrer l'activité de télémédecine [8].

Les obligations des médecins dans le contexte d'une pratique de la télémédecine résultent de l'application des règles communes de la déontologie médicale.

Dans son livre blanc sur la télésanté le CNOM émet 12 recommandations :

- la réalisation d'un acte de télémédecine doit être fondé sur une nécessité justifiée par l'absence dans la proximité géographique du patient d'une offre de soins similaire de même qualité ;
- le patient doit être informé de la nécessité, l'intérêt, les conséquences et la portée de l'acte ainsi que sur les moyens mis en œuvre pour sa réalisation, et doit donner librement son consentement ;
- le secret professionnel doit être respecté par toutes les personnes qui assistent le médecin, au cours de cette activité, dans l'obtention des données personnelles de santé, comme dans la circulation et les échanges de ces données, que celles-ci soient cliniques, biologiques, fonctionnelles, anatomiques ou thérapeutiques ;
- les coopérations entre médecins, ou entre médecins et autres professionnels de santé impliqués dans un protocole de télémédecine, doivent respecter les champs de leurs compétences réciproques afin que chacun reste responsable de ses actes et de ses décisions ;

- l'acte thérapeutique qui découlerait immédiatement d'un acte diagnostique effectué par télémédecine doit être couvert par la responsabilité médicale du médecin qui le prescrit sans exclure celle du médecin ou du professionnel de santé qui le réalise ;
- tous les professionnels impliqués doivent être en situation d'exercice légal de leurs professions, en France ou sur le territoire de l'Union européenne. A cet égard, ils doivent être inscrits en ce qui concerne la France aux tableaux de leurs Ordres respectifs, et couverts par une assurance en responsabilité précisant le lieu de compétence juridictionnelle ;
- la réalisation d'un acte professionnel par télémédecine doit être reconnue et valorisée pour tous les médecins et autres professionnels qui y participent et ne doit pas s'apparenter à une pratique de dichotomie ou de compérage ;
- le médecin, lors d'une activité faisant appel à la télémédecine, doit formuler ses demandes et ses réponses avec toute la clarté indispensable et veiller à leur compréhension par son interlocuteur : médecin, professionnel de santé ou professionnel technique qualifié dans l'usage des instrumentations utilisées ;
- le médecin doit connaître l'usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mises en œuvre, et doit faire appel, en tant que de besoin, à des tiers compétents dans l'utilisation des technologies les mieux adaptées à la situation ;
- le médecin doit pouvoir s'assurer de la compétence de ces tierces personnes ainsi que du respect du secret professionnel auquel elles sont aussi personnellement soumises ;

- les documents générés dans la pratique de la télémédecine doivent être tracés et faire l'objet d'un archivage sécurisé en étant considérés comme partie intégrante des dossiers professionnels des médecins impliqués ou des dossiers d'établissements de santé ;
- les médecins ayant contribué à un acte de télémédecine doivent consigner dans les conclusions de cet acte que la continuité de la prise en charge et des soins qu'ils ont indiqués seront assurés par des tiers compétents, s'ils ne peuvent y pourvoir eux mêmes.

On notera également une recommandation spécifique à la télémédecine. Un diagnostic mettant en jeu le pronostic vital ne doit pas être annoncé via télémédecine [9].

2.6. Droits des patients et responsabilité des acteurs

La télémédecine est une prise en charge collective du patient, par des professionnels de santé, dont les compétences et, parfois même, le statut juridique diffère. Elle introduit par ailleurs un nouvel intervenant en la personne du tiers technologique aussi appelé prestataire technique.

Les responsabilités juridiques des professionnels de santé demeurent inchangées et sont fondées sur l'application du droit commun de la responsabilité civile professionnelle. En l'état actuel des choses, il n'est pas envisagé de créer un régime de responsabilité spécifique dès lors qu'existent déjà les outils juridiques permettant de répondre aux problématiques qui peuvent se poser en matière de télémédecine [10].

2.6.1. Information et consentement du patient

Le médecin requérant, en lien direct avec le patient est tenu de l'informer sur l'acte médical réalisé (art. L. 1111-2 CSP) ainsi que sur le procédé de télémédecine utilisé (art. R. 6316-2 CSP).

Il doit expliquer au patient de façon claire, loyale et appropriée en quoi consiste l'acte de télémédecine, la différence avec une prise en charge classique, les risques spécifiques inhérents à ce type d'acte ainsi que les garanties en matière de secret des informations médicales. Il est important d'indiquer dans le dossier du patient le jour où il a été informé [10].

L'HAS recommande dans ce sens d'élaborer des fiches d'informations à destination des patients et de leur famille [11].

2.6.2. Dossier médical et secret professionnel

L'acte de télémédecine doit figurer dans le dossier du patient. Il doit mentionner le compte rendu, les actes, les prescriptions, l'identité des professionnels, la date, l'heure ainsi que les incidents techniques éventuellement survenus (art. R. 6316-4 Code de la Santé Publique CSP).

Le médecin requérant sélectionne les informations qu'il fournit aux différents intervenants pour procéder à la réalisation de l'acte de télémédecine.

Le médecin requis doit avoir connaissance des éléments du dossier médical qu'il juge nécessaires pour donner son avis de spécialiste.

L'identification des responsabilités tiendra compte de l'asymétrie éventuelle des connaissances dans laquelle les médecins requis peuvent se trouver par rapport au médecin requérant [10].

Concernant le secret professionnel, il couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris (R. 4127-4 du CSP).

Le médecin doit donc veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment (R. 4127-72 du CSP).

L'article R. 6316-2 du CSP précise que « les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais de technologies de l'information et de la communication » [12].

2.6.3. Obligations liées à l'acte et à la qualité de la prise en charge

2.6.3.1. Téléconsultation entre médecins d'établissements publics de santé :

Les établissements publics de santé sont responsables de l'organisation des soins et donc, à ce titre, de la télémédecine.

2.6.3.2. Téléconsultation entre médecins d'établissements de santé privés :

Si le médecin requérant ou requis est salarié, l'établissement de santé sera responsable de l'organisation de la télémédecine à l'égard du patient avec lequel il a conclu un contrat de soins.

Le médecin requérant libéral est en relation contractuelle avec son patient et sera donc responsable d'éventuelles conséquences dommageables. Cette responsabilité pourra être solidaire en cas de dualité de fautes entre médecin requérant et médecin requis ou en cas de difficulté pour déterminer la cause principale du dommage.

2.6.3.3. Téléconsultation entre médecins d'établissements de santé publics et médecins d'établissements de santé privés ou médecins libéraux :

La situation est celle d'un co-diagnostic et/ou co-prescription par deux médecins dont le statut juridique diffère. Les cas de figure varieront selon que le médecin requis ou requérant sera salarié ou non de l'établissement privé. Toutefois, les règles juridiques applicables demeurent celles énoncées plus avant avec la possibilité de condamnation in solidum des intervenants [10].

2.6.4. Obligations liées à l'utilisation d'outils technologiques

Les établissements sont tenus à une obligation de sécurité-résultat pour le matériel de télémédecine assimilé à un dispositif médical [13].

2.6.4.1. Responsabilité liée à l'utilisation des outils technologiques

Le médecin doit connaître l'usage, le maniement et les limites des technologies qui sont mises en œuvre.

En cas de dommage causé à un patient et lié au dysfonctionnement du matériel de télémédecine, médecins requérants, médecins requis ou établissements de santé pourront voir leur responsabilité engagée en l'absence de faute. Ils ont la possibilité de former une action

récursoire à l'encontre du tiers technologique concerné pour manquement aux obligations prévues au sein du contrat qui les lie [10].

2.6.4.2. Responsabilité des tiers technologiques

Les tiers technologiques regroupent les intervenants techniques impliqués dans le fonctionnement des technologies de l'information et de la communication. Ils doivent fournir un matériel fiable et sécurisé conformément aux règles prévues par le code de la santé publique en matière de dispositifs médicaux (art. L. 5211-1 et suivants / R. 5211-12 et suivants du CSP).

Les tiers technologiques sont responsables de la maintenance de ces outils technologiques d'information et de communication mais également de l'information des professionnels et établissements de santé dans le cadre de leur obligation de conseil renforcé (art. R. 6316-9 du CSP) [10].

3. Les téléconsultations au sein de la résidence Le Parc

3.1. Le projet initial et ses objectifs

Le projet de téléconsultation en EHPAD a été initié par l'ARS Lorraine en relation avec le CHRU de Nancy et la société Télésanté Lorraine.

Il s'inscrit dans l'expérimentation « Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie » ou PAERPA. L'ARS de Lorraine a été sélectionnée pour participer à cette expérimentation qui s'étend sur le territoire du « Grand Nancy ».

L'objectif est de proposer un parcours de santé adapté aux besoins de la personne âgée, construit sur les territoires locaux avec le concours des acteurs de terrain.

Dans le cadre de la convention relative à la mise en œuvre du projet PAERPA, existe un volet concernant la « télémédecine en EHPAD ». La fiche action 3.3-27 détaille comment développer la télémédecine, la téléconsultation et la télé-expertise en EHPAD. Le programme régional de télémédecine indique entre autre :

- d'équiper les EHPAD et les filières gériatriques en équipement télémédecine ;
- d'accompagner la mise en œuvre et d'élaborer les conventions type par structure ;
- de déterminer les forfaits de rémunération et les procédures de liquidation de ces forfaits ;
- d'assurer le suivi du déploiement de la télémédecine.

L'objectif est de répondre au mieux aux besoins gériatriques des résidents des EHPAD. Initialement la volonté affichée était de limiter les déplacements de résidents vulnérables, souvent désorientés avec des troubles du comportement associés. Il semblait alors logique de leur proposer un accès privilégié à des consultations au pied de leur lit, avec à leur côté les soignants qui les accompagnent au jour le jour. Cet intérêt médical se double d'un intérêt économique puisque le coût du transport est économisé.

L'inauguration des premières téléconsultations en EHPAD de Lorraine a eu lieu le 24 Juin 2014 avec une activité dès la semaine suivante le Mardi 1er Juillet.

3.2. Les acteurs de l'expérimentation

Du projet à la mise en place pratique de nombreux intervenants ont été impliqués.

3.2.1. Les EHPAD

Initialement deux EHPAD ont été intégrés (La résidence le Parc et la résidence St Joseph). Puis trois autres établissements ont suivi en 2015 pour un total de cinq. Au sein de ces structures la mise en place du projet a mobilisé à la fois le personnel administratif et soignant pour la rédaction des conventions et protocoles jusqu'à la mise en œuvre effective.

3.2.1.1. Présentation de la résidence Le Parc

La résidence Le Parc est une résidence privée à but lucratif.

On compte 67 lits dont 2 lits temporaires.

L'établissement compte trois étages, un rez-de-chaussée comportant les pièces à vivre ainsi que l'accueil, l'administration, l'infirmerie et le bureau médical.

Un 1^{er} et 2^{ème} étage où se répartissent les chambres.

3.2.2. Le CHRU de Nancy et le service de gériatrie qui représente le site expert

Dr Julien AZZI praticien hospitalier du centre de gériatrie du CHRU de Nancy est notre médecin expert. Il gère la prise de rendez-vous, la téléconsultation et la rédaction du compte rendu médical.

Il exerce au sein du service de Monsieur le Professeur Athanase BENETOS.

Le service est divisé en deux secteurs de 20 lits chacun. Une Unité Gériatrique d'Entrées Directes (UGED) de 15 lits et un service de soins continus de sept lits.

3.2.3. Le service régional de téléconsultation médicale de haute qualité « ODYS »

Il a pour objectif de permettre la télé-expertise et le télé-diagnostic entre sites distants répartis sur la région Lorraine.

Il offre une plateforme technique unifiée pour les téléconsultations médicales en Lorraine et autorise des échanges rapides et sécurisés. Il favorise la réduction des transports, l'amélioration des conditions d'hospitalisation et l'accès rapide à un avis d'expert. Enfin il souhaite améliorer la prise en charge des patients en luttant contre les déserts médicaux dans certaines spécialités.

Le projet ODYS regroupe :

- le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Télésanté Lorraine est en charge du déploiement des projets tant sur le versant matériel que organisationnel. Il fournit le matériel nécessaire, forme les professionnels pour une bonne utilisation, assure le suivi et évalue les résultats ;
- la société Covalia qui fournit la plateforme technique dans les suites d'un appel d'offre. Cette société prend également en charge une partie du déploiement technique sous la direction du GCS télésanté Lorraine ;
- les professionnels de santé qui sont au cœur du projet ;
- les établissements de santé adhérents au GCS Télésanté Lorraine. Ce sont les interlocuteurs du GCS Télésanté Lorraine et de Covalia pour déployer et mettre en place un projet de télésanté ;
- les partenaires financiers. ODYS est cofinancé par l'ARS Lorraine et l'ASIP Santé.

3.3. Les indications

Afin de délimiter au mieux les contours du projet nous avons ciblé cinq champs de requêtes médicales sensées correspondre aux problèmes les plus fréquemment rencontrés en EHPAD et qui peuvent être présentés en téléconsultations gériatriques :

- les pathologies cardiovasculaires et pulmonaires ;
- la géro-psycho-geriatrie ;
- la dermatologie ;
- l'optimisation des ordonnances et prévention de la iatrogénie ;
- l'aide à la prise en charge globale d'un patient en soins palliatifs.

D'une façon plus générale nous proposons tout problème médical qui nécessite une consultation spécialisée en gériatrie et qui peut être réalisée à distance.

3.4. Modalités organisationnelles

La demande de téléconsultation émane actuellement principalement de l'équipe soignante de l'EHPAD. En effet la plupart du temps une aide soignante, une infirmière transmet une difficulté ou un problème médical. Si le médecin traitant ne peut remédier à la situation avec son accord une téléconsultation sera proposée. L'objectif est de développer le réflexe d'une requête provenant directement du médecin traitant, suite à une visite ou un retour de l'équipe.

Une fois la décision prise en faveur d'une téléconsultation, l'équipe soignante cherche à recueillir l'accord du résident ou de son représentant légal.

Puis elle contacte directement le médecin expert par téléphone afin de convenir d'une date en adéquation avec le degré d'urgence de la situation. Généralement une téléconsultation peut être organisée dans la semaine, quinze jours qui suit.

Avant la mise en relation avec le médecin expert, une préparation est nécessaire. Il faut compléter une « fiche liste » (Annexe 1) qui comprend les données administratives, les antécédents, les traitements en cours, et le motif de la demande.

Le jour de la téléconsultation l'équipe se rend au chevet du résident avec le chariot équipé. Les deux sites (demandeur et expert) se connectent en même temps sur un portail internet dédié puis rejoignent une salle virtuelle.

La téléconsultation peut alors avoir lieu et le résident est systématiquement accompagné d'un membre de l'équipe soignante (IDE, IDEC ou MEDEC).

Enfin dans les 48 heures suivantes, le médecin gériatre réalise un compte-rendu de la consultation en synthétisant ses recommandations.

Coté EHPAD, le compte rendu sera imprimé et les recommandations seront soumises au médecin traitant. L'évènement sera bien sur tracé dans le dossier médical du résident.

3.5. Matériel

3.5.1. Le site demandeur

Notre EHPAD est équipé d'un chariot mobile monté sur roues qui comporte :

- un écran tactile de grande taille ;
- une unité centrale intégrée avec batterie pour une autonomie complète ;
- un lecteur de carte vitale/carte professionnelle de santé ;
- une antenne WIFI ;
- un haut-parleur/micro déporté pour une meilleur transmission audio ;
- une caméra pilotable à distance par le médecin expert. Elle autorise des mouvements à 360° et un puissant zoom X16 en haute définition.



Image 1 : chariot de téléconsultation



Image 2 : Exemple de zoom X1

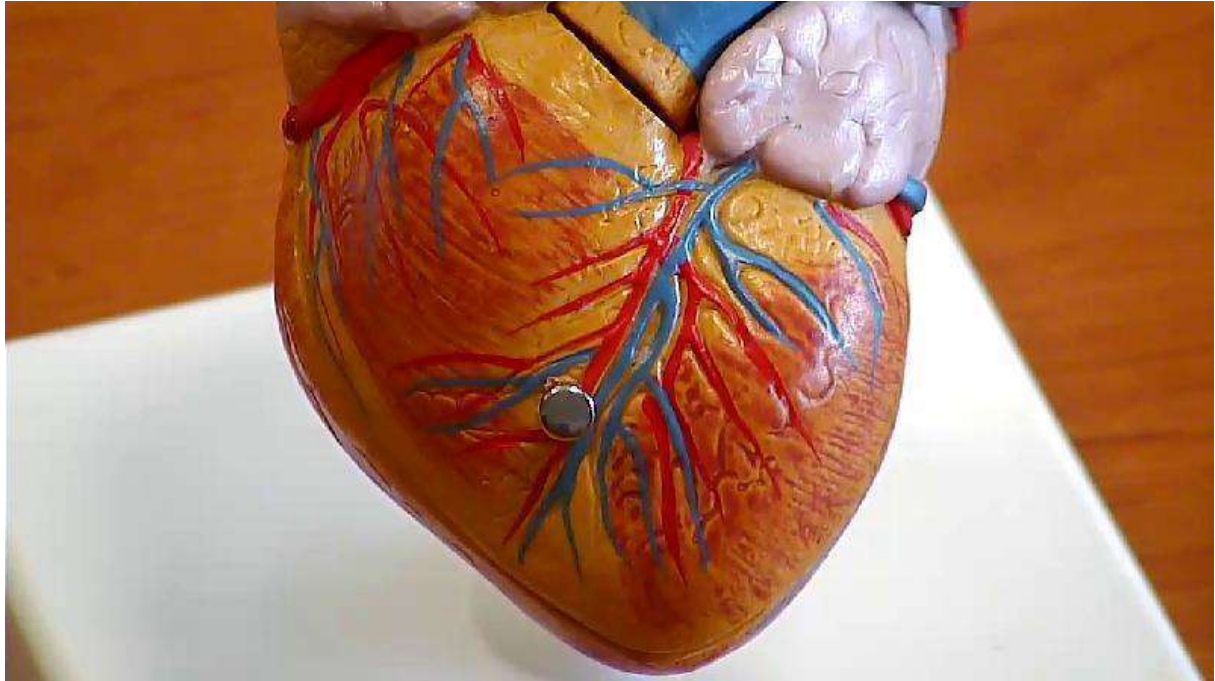


Image 3 : Exemple de zoom X16

- une caméra main déportée multifonction est associée à deux objectifs :
 - o l'un généraliste permet d'apprécier l'état cutané ou des muqueuses du patient ;
 - o l'autre sous forme d'otoscope ;
 - o d'autres objectifs peuvent-être montés comme le dermatoscope ou l'ophtalmoscope mais ne sont pas disponibles à la résidence.



Image 4 : Caméra main déportée



Image 5 : Exemple de périphériques pour la caméra main.

Il existe encore d'autres périphériques tel que l'ECG ou le stéthoscope USB qui pourront venir compléter l'équipement actuel.

La résidence a été entièrement équipée en WIFI avec un abonnement XDSL signifiant un débit aussi puissant en « upload » (envoi de données vidéos hautes définitions et son de l'EHPAD) qu'en « download » (réception de données vidéos et son en provenance du site expert). Cela afin de garantir un confort d'utilisation et une qualité optimale lors de l'intervention du médecin expert.

Le matériel de téléconsultation est stocké dans un local fermant à clef. Il est mis systématiquement en charge après utilisation.

3.5.2. Le site expert

Le site expert est équipé d'une station fixe située dans une salle dédiée au sein du CHRU de Nancy. L'équipement comprend :

- deux écrans permettant, sur l'un l'affichage de la vidéo en provenance de l'EHPAD et sur l'autre les données de la fiche liste ;
- une unité centrale ;
- un lecteur de carte vitale/carte professionnelle de santé ;

- une webcam haute définition ;
- un micro-casque ;
- un scanner afin d'envoyer directement une ordonnance si le traitement est à mettre en place immédiatement.



Image 6 : Installation du site expert.

3.6. Résultats

3.6.1. Période d'expérimentation

Les résultats évoqués ci-après concernent la période du 1^{er} juillet 2014 au 1^{er} juillet 2016.

3.6.2. Nombre de téléconsultations

Sur l'ensemble de la période d'expérimentation, 60 téléconsultations ont été réalisées et se répartissent comme suit :

- 32 résidents ont bénéficié de une téléconsultation ;
- cinq résidents de deux téléconsultations ;
- deux résidents trois téléconsultations ;
- un résident de quatre ;
- un résident de huit.

Pour un total de 41 patients.

3.6.3. Age moyen des patients – sex ratio

L'âge moyen des résidents vu en téléconsultation était 87,2 ans.

Le plus jeune âgé de 68 ans et le plus âgé de 95 ans.

Les téléconsultations concernaient 12 hommes (29,3%) et 29 femmes (70,7%).

3.6.4. Motif de recours

Quatre téléconsultations avaient deux motifs de recours.

Dans 30 % des cas la demande est représentée par les troubles neuropsychiatriques.

Dans 26,6 % des cas c'était une demande dermatologique.

Dans 16,6 % des cas c'était une demande d'optimisation de l'ordonnance.

Dans 11,6 % des cas c'était une demande due à une pathologie cardiovasculaire.

Dans 10 % des cas c'était une demande concernant une prise en charge dans le cadre de soins palliatifs.

Enfin, une autre cause était invoquée dans 11,6% des cas. On retrouve alors des demandes concernant la gestion des douleurs, des troubles ioniques ou métaboliques...

Trois téléconsultations ont débouché sur l'organisation rapide d'une hospitalisation en évitant d'adresser le résident au service des urgences.

3.6.5. Personnel présent

80 % des téléconsultations ont été réalisées en présence de deux professionnels de santé ou plus. Dans seulement 20 % des cas un seul professionnel était présent.

Un membre de la famille d'un résident a été associé à la démarche.

Un médecin généraliste a assisté la téléconsultation par deux fois.

4. Discussion

Devant la vulnérabilité des résidents accueillis en EHPAD, leur polypathologie, polymédication et souvent les démences qui s'y associent, l'expertise gériatrique est précieuse et nécessaire.

Malheureusement le recours à cet avis nécessite l'organisation d'un rendez-vous de consultation qui associé au transport dure souvent une demi journée.

Les téléconsultations semblent donc être réponse adaptée aux pathologies de plus en plus lourdes que présentent les résidents en EHPAD.

La principale cause de recours aux téléconsultations est représentée par les troubles neuropsychiatriques et reflète les difficultés que rencontre de façon journalière les équipes soignantes en EHPAD.

La téléconsultation, en dehors de toute considération thérapeutique, permet déjà au soignant de se sentir écouté et soutenu dans sa démarche par un professionnel tiers extérieur à l'établissement.

Les problèmes dermatologiques viennent en deuxième position des requêtes.

Là aussi on note que les téléconsultations viennent combler un vide dû parfois à la méconnaissance de certains généralistes ou à l'impossibilité d'organiser un suivi rapproché en service de dermatologie. Grace à la caméra déportée, le médecin expert a accès à des images de haute qualité permettant mesure et photos régulières. De plus le suivi peut être bi-mensuel si nécessaire et le protocole modifié en cas de besoin. Enfin à deux reprises une demande de consultation dermatologique en présentielle a été recommandée pour des prélèvements ou un examen approfondie avec décision chirurgicale à évoquer.

L'optimisation des ordonnances arrive en troisième position.

Nous souhaitons justement orienter un certain nombre de téléconsultations dans ce sens.

L'objectif serait « d'expertiser » l'ensemble des ordonnances de la résidence en organisant une campagne locale qui serait soutenue par le CHRU et l'ARS Lorraine.

Cela nous permettrait de sensibiliser les résidents, les familles et les médecins traitant à la iatrogénie.

Cela évite aussi au médecin coordonnateur d'endosser le costume inconfortable du donneur de leçon. Une proposition de modification allopathique faite par le médecin gériatre du CHRU est souvent beaucoup mieux perçue.

L'idéal serait même d'inviter le médecin traitant à assister à la téléconsultation. Nous avons réussi à organiser une téléconsultation de ce type et le médecin présent nous a fait part de son intérêt après la discussion.

Il faut pour organiser un rassemblement collégial de ce type que le médecin expert puisse s'adapter aux horaires proposés par le médecin traitant. Il faut ensuite que tout soit en place lorsque le professionnel libéral se rend dans la chambre et enfin éviter autant que possible les problèmes techniques qui viendraient rallonger d'autant la visite. La présence du médecin traitant permet souvent d'obtenir l'historique des traitements et de justifier certaines introductions ou arrêts médicamenteux. Le médecin traitant se verrait également consulté en direct et associé à la modification de l'ordonnance. Le résident accepterait davantage la modification de son traitement.

Nous retrouvons en quatrième place les pathologies cardiovasculaires.

La proportion moindre de téléconsultations dans ce champ d'indication vient souvent du fait que les résidents sont déjà suivis par un spécialiste avant leur entrée en EHPAD si il s'agit d'un problème chronique. Et s'il s'agit d'un problème aigu il est nécessaire qu'un examen

clinique complet soit réalisé. Pour ces indications les téléconsultations permettent principalement des adaptations thérapeutiques après un bilan initial.

Enfin, en dernière position nous retrouvons les problèmes posés par la fin de vie et les soins palliatifs. Cette dernière position s'explique par le fait que nous bénéficions du passage sur place rapide d'une équipe mobile de soins palliatifs.

Le nombre de téléconsultations évalué à 2,5 par mois est un peu en deçà de nos objectifs. Initialement nous souhaitions réaliser deux téléconsultations par quinzaine.

4.1. Avantages

Les téléconsultations permettent aux résidents de bénéficier d'une consultation spécialisée rapide sans quitter leur environnement avec à leurs côtés les accompagnants de tous les jours.

Les téléconsultations participent à la formation continue du médecin coordonnateur et des infirmières de par les échanges autour des pathologies rencontrées et des conduites à tenir recommandées.

Les téléconsultations sont un avantage pour l'équipe soignante de l'EHPAD car elle se sent entendue et valorisée. Du fait de son association à la démarche de soins elle acquiert une nouvelle compétence qui change nettement des soins traditionnels prodigués quotidiennement.

Les téléconsultations sont un avantage pour le site expert car il bénéficie pendant la consultation de la présence de professionnels qui côtoient en permanence le patient et qui pourront lui apporter nombre d'éléments nécessaires au diagnostic. Le gériatre s'assure aussi que l'équipe soit bien réceptive à la bonne mise en place du traitement recommandé.

Les téléconsultations permettent de diminuer le nombre d'hospitalisations. C'est en tout cas un objectif affiché mais difficile à évaluer. Concernant la résidence Le Parc, le nombre d'hospitalisations était de 34 en 2013 ainsi qu'en 2014. Il est passé à 28 en 2015 soit 12% en moins. Mais il est difficile de tirer des conclusions de cette diminution. Est-ce uniquement dû aux téléconsultations ? Est-ce fortuit ? Est-ce favorisé par les autres actions mise en place à l'EHPAD ? Qu'en est il sur une population plus importante ?

4.2. Les facteurs limitant

Certains a priori nous laisseraient à penser que l'utilisation d'un ordinateur comme interlocuteur pour la consultation soit un frein important pour les résidents.

En effet, lorsque nous évoquons la possibilité d'une téléconsultation pour la première fois à un résident il paraît dubitatif et dans l'expectative. Mais en quelques minutes il semble oublier totalement le contexte et tout se passe naturellement, comme si le médecin expert était dans la chambre. Ce qui aurait pu être une limite entre cette génération et la technique ne semble pas l'être du tout. Peut-être parce que la technique permet justement une image de bonne qualité et un son intelligible au volume élevé.

Les véritables limites rencontrées à la résidence sont celles du temps et de la technique. Tout d'abord le temps côté EHPAD, il est limité par la disponibilité du personnel soignant.

Comme nous l'avons vu précédemment il est nécessaire de préparer le dossier en amont puis d'être présent pendant le déroulement de la téléconsultation. Actuellement nous estimons que nous pouvons gérer une à deux téléconsultations par semaine maximum.

Nous nous sommes également aperçu que le nombre de téléconsultations dépendait de certaines personnes ressources qui pourraient être qualifiés de pilier dans l'organisation, le suivi et le dynamisme du projet.

Dans l'idéal, le médecin coordonnateur, l'infirmière coordinatrice (IDEC) et une infirmière doivent être ces personnes ressources. Cela permet de continuer à utiliser le chariot de téléconsultation en cas d'absence de l'un ou de l'autre.

A l'EHPAD, nous avons expérimenté deux changements d'IDEC en huit mois avec de longues périodes d'absence. Durant ce laps de temps il a été beaucoup moins simple d'organiser les téléconsultations.

Conclusion identique lors de la transition informatique (passage d'un logiciel informatique à un autre) de la résidence ou la charge de travail a limité le nombre de téléconsultations.

Ces considérations peuvent être transposées au site expert car nous n'avons qu'un interlocuteur gériatre.

La technique si elle est capable du meilleur peut aussi poser problème. En effet nous avons expérimenté à plusieurs reprises un mauvais débit (problème de réseau, problème d'antenne, problème de couverture WIFI) ce qui entraîne des coupures du son et de l'image se soldant la plupart du temps par un arrêt de la consultation.

Nous avons également subi récemment un problème matériel du chariot se manifestant par des redémarrages intempestifs.

Nous avons alors remarqué que c'est souvent dans ces périodes que le taux de téléconsultations chutait dû à la sensation de perte de temps.

4.3. Axes d'amélioration et perspectives d'évolution

Il me semble que certains points forts sont à mettre en œuvre pour dynamiser les téléconsultations :

- désigner des référents moteurs du projet (au mieux trois) ;
- ne pas négliger l'aspect technique en privilégiant du très haut débit et une couverture réseau WIFI de qualité ;
- réaliser des campagnes de promotion des téléconsultations auprès des médecins traitants. Par courrier, lors des commissions de coordinations gériatriques ou encore lors de leurs visites ;
- réaliser des campagnes de prévention ciblées avec des soutiens institutionnels afin de rentabiliser l'outil de télémédecine ;
- limiter l'investissement initial. Le coût du matériel à hauteur de 25000 euros par chariot semble la principale limite à un déploiement national de grande ampleur. Une des voies possibles est l'utilisation de tablettes tactiles en lieu et place des chariots. Mais la qualité sera-t-elle au rendez-vous avec une image suffisamment grande et un son de qualité pour les résidents aux sens souvent déficients.

4.4. Projets d'expérimentation

Deux autres projets « télésanté » sont actuellement en cours à l'EHPAD.

4.4.1. Les téléconsultations d'urgence

Pour répondre à l'absence d'infirmière la nuit nous expérimentons actuellement l'utilisation de tablettes tactiles permettant de transmettre des vidéos en temps réel au médecin régulateur du 15. Ce dernier reçoit de l'image en plus du son afin d'optimiser la conduite à tenir.

L'objectif est d'éviter des passages inutiles au SAU mais aussi d'éviter de méconnaître une véritable situation d'urgence et de rassurer le personnel de nuit.

L'expérimentation a déjà commencé.

4.4.2. Les téléconsultations avec le centre psychothérapeutique de Nancy

Plusieurs équipes dans le monde réalisent des téléconsultations appliquées au champ de la psychiatrie chez les personnes âgées avec des résultats encourageants : une excellente acceptabilité, un meilleur accès aux soins avec dépistage et prise en charge des pathologies thymiques et cognitives du sujet âgé [14] [15].

Actuellement une équipe mobile se déplace à la résidence mais la fréquence est faible et la réactivité en cas d'urgence psychiatrique est limitée. L'expérimentation doit débuter fin 2016.

5. Conclusions

La réalisation des téléconsultations en EHPAD présente un gain évident pour nos résidents, pour les équipes soignantes de l'EHPAD et pour le site expert.

Est-ce la solution immédiate aux problèmes rencontrés actuellement en EHPAD ? Probablement pas à court terme compte-tenu des coûts d'installation et surtout de l'absence de modèle de rémunération pérenne des intervenants.

Très certainement à moyen ou long terme vu les défis qui s'annoncent en EHPAD, comme la permanence des soins, le recours à des avis spécialisés et l'apparition de déserts médicaux.

Il est probable que la question que nous nous poserons dans 5 à 10 ans soit comment avons nous pu faire sans ?

Peut-être comme l'évoque Laurence Esterle et al. en lisant entre les lignes, la télé médecine deviendra-elle une qualification supplémentaire du médecin et pourrait même devenir la quatorzième mission du médecin coordonnateur en EHPAD.

6. Bibliographie

1. Acker D, Simon P. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. *Rapp. À Mme Directrice Générale L'offre Soins Ministère Santé* 2008
2. ARS - Agences Régionales de Santé: Définitions et bénéfices de la Télémédecine n.d.
3. Circulaire n°DGOS/PF3/2011/451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine *APHP DAJ* n.d.
4. Rolland Y, Andrieu S, Hein C, *et al.* Les flux d'entrée et de sortie des résidents des EHPAD en France: résultats de l'étude PLEIAD. *Rev. Gériatrie* 2012 ; 37 : 543–548.
5. Pascal C. Économie de la santé: La télémédecine face aux enjeux de l'évaluation médicoéconomique. *Telemed. Chall. Medico-Econ. Eval. Engl.* 2012 ; 1 : 125–129.
6. Guide ANAP «La télémédecine en action : 25 projets passés à la loupe Un éclairage pour le déploiement national Tome 2 : monographies » *APHP DAJ* n.d.
7. Aigouy C, Vioujas V. *La télémédecine dans les établissements de santé [Texte imprimé] : vade-mecum.* Bordeaux : les Études hospitalières. DL 2014, cop. 2014., 2014 : p.
8. Simon P, Williatte Pellitteri L. Le décret français de télémédecine : une garantie pour les médecins. *Eur. Res. Telemed. Rech. Eur. En Télémédecine* 2012 ; 1 : 70–75.
9. Vade-mecum télémédecine du Conseil national de l'ordre des médecins, septembre 2014 *APHP DAJ* n.d.
10. Note DGOS « Télémédecine et responsabilités juridiques engagées » *APHP DAJ* n.d.
11. Rapport d'évaluation médico-économique de la Haute Autorité de Santé - Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation – Juillet 2013 *APHP DAJ* n.d. ;.
12. Code de la santé publique - Article R6316-2 n.d. : p.
13. Code de la santé publique - Article L1142-1 n.d. : p.

14. Elie-Lefebvre C, Schuster J-P, Limosin F. Telepsychiatry: what role in the care of the elderly? *Gériatrie Psychol. Neuropsychiatr. Vieil.* 2016 ; 14 : 325–331.
15. Ramos-Ríos R, Mateos R, Lojo D, *et al.* Telepsychogeriatrics: a new horizon in the care of mental health problems in the elderly. *Int. Psychogeriatr.* 2012 ; 24 : 1708–1724.

Annexe 1

« FICHE-LISTE NOMINATIVE DE DEMANDE DE TELECONSULTATION EN GERIATRIE »

Date de la demande :/...../.....

EHPAD : ☎ :/...../...../.....

Apicrypt :@medical54.apicrypt.org

Adresse :

.....
.....

Médecin coordonnateur :

Le patient

Nom : Médecin
..... traitant :
.....
Prénom : Accord Médecin traitant OU NON
Date de naissance :/...../.....
Accord patient/représentant légal OUI
NON

- Antécédents :

- Traitements :

Objet de la consultation

- La demande concerne :

- Une pathologie cardio-vasculaire et/ou pulmonaire.
-
- Un problème neuropsychiatrique.
-
- Un problème dermatologique.

Un avis concernant l'ordonnance du patient.

Une aide à la prise en charge globale d'un patient en soins palliatifs.

Autre :

- Signes cliniques et/ou motif invoqué :

- Résident déjà suivi en téléconsultation OUI NON

- Résident déjà suivi ou hospitalisé au centre de gériatrie : OUI NON Ne sait pas

- Présence lors de la téléconsultation :

Médecin Coordonnateur IDE coordinatrice IDE Famille

-Une téléconsultation a été demandée plutôt qu'une consultation traditionnelle car :

- Résident déjà suivi en télémédecine.
- Troubles du comportement.
- Transport difficile du fait de l'autonomie.

Eviter une hospitalisation.

Absence d'accompagnant.

Autre :

Conclusion(s) de la consultation

Incidents techniques survenus au cours de l'acte

Identification du Médecin Expert

Date, signature du médecin expert :