



1^{ère} Journée nationale des acteurs en soins infirmiers

30 mars 2017

FIAP - Espace Jean Monet - Paris



Étude d'impact d'une PCA connectée sur la triade USP/Réseau de soins palliatifs/IDEL

*Faciliter la mise en œuvre des
soins palliatifs à domicile*

Stéphane BOUREZ

Cadre de Santé

USP SAINTE-PERINE AP-HP



Palliative and Supportive Care, page 1 of 6, 2014.
© Cambridge University Press, 2014 1478-9515/14 \$20.00
doi:10.1017/S147895151400100X

The assessment of telemedicine to support outpatient palliative care in advanced cancer

LILIAN HENNEMANN-KRAUSE, M.SC., M.D.,^{1,2} AGNALDO JOSÉ LOPES, PH.D., M.D.,^{1,2}
JANETE ALVES ARAÚJO, D.PSYCH,² ELISABETH MARTINS PETERSEN, D.MUS.,² AND
RODOLFO ACATAUASSÚ NUNES, PH.D., M.D.^{1,2}

¹Postgraduate Programme in Medical Sciences, State University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

²Pedro Ernesto University Hospital, State University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brazil

(RECEIVED June 11, 2011; ACCEPTED July 8, 2014)

ABSTRACT

Objective: We aimed to examine telemedicine as a form of home and additional support for traditional outpatient care as a way to remotely monitor and manage the symptoms of patients with advanced cancer.

Method: In total, 12 patients were monitored through monthly consultations with a multidisciplinary healthcare team and weekly web conferences. To evaluate and treat pain and other symptoms, the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) was applied during all remote or in-person interviews.

Results: During monitoring, the team contacted the patients on 305 occasions: there were 89 consultations at the hospital, 19 in-person assistances to the family (without the patient), 77 web conferences, 38 telephone calls, 80 emails, and 2 home visits. The mean monitoring time until death was 195 ± 175.1 days. Eight patients who completed the ESAS in all interviews had lower mean distress symptom scores according to web conferences than in person.

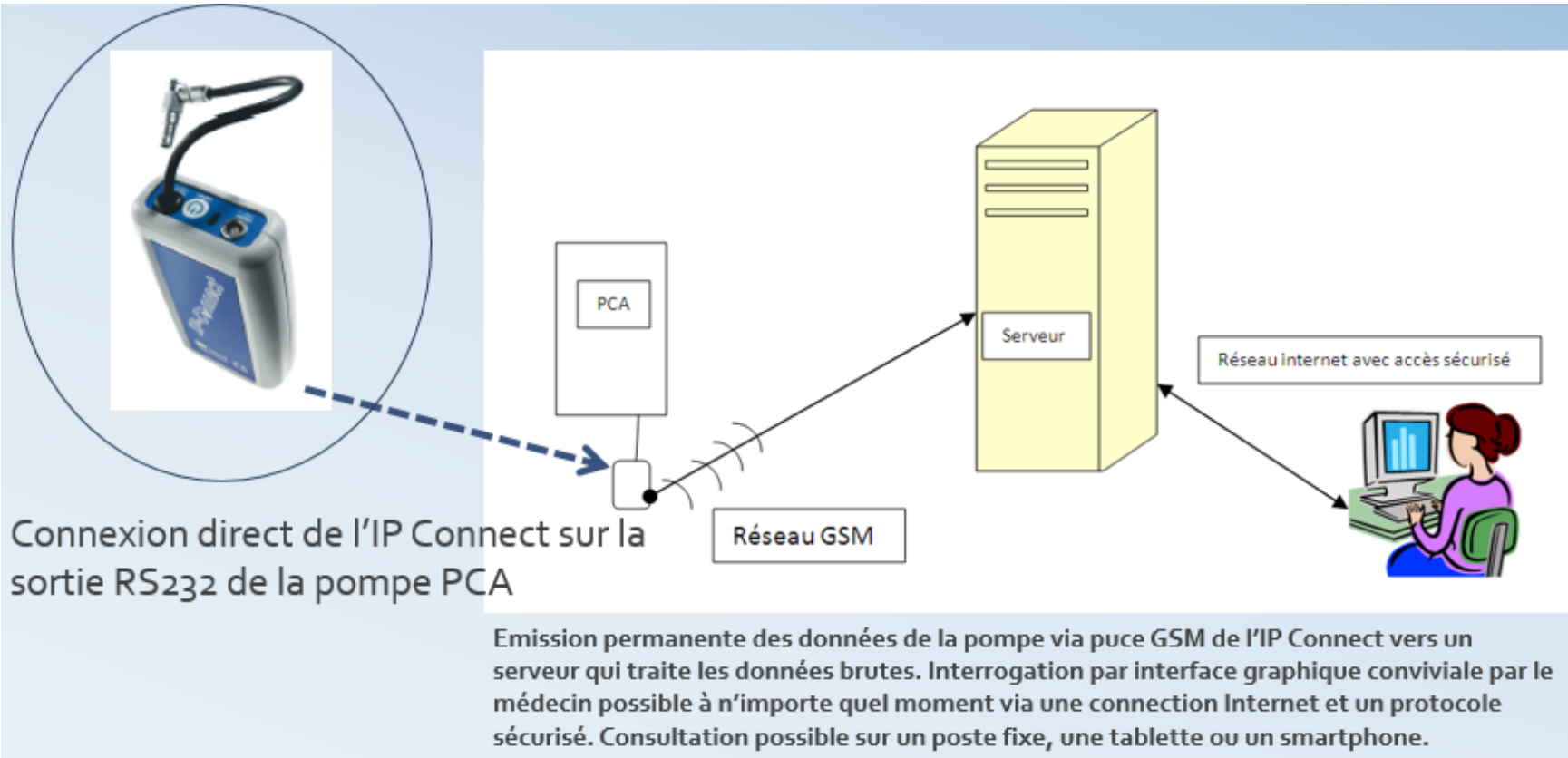
Significance of results: Telemedicine allowed greater access to the healthcare system, reduced the need to employ emergency services, improved assessment/control of symptoms, and provided greater orientation and confidence in the care given by family members through early and proactive interventions. Web conferencing proved to be a good adjuvant to home monitoring of symptoms, complementing in-person assistance.



Qu'est-ce que la télémédecine?



- **la téléconsultation** par visioconférence pour des personnes lourdement handicapées ne pouvant se déplacer de façon autonome. Elle peut se réaliser avec l'aide d'un professionnel de santé non médical, le plus souvent un infirmier.
- **L'e-conseil médical** personnalisé par internet définit si le patient doit, ou non, consulter son médecin traitant ou se rendre dans un service d'urgence. Il s'agit d'un dispositif de régulation de l'offre de soins.
- **L'acte de téléexpertise** (art. R.6316-2 du CSP) permet la mutualisation des savoirs pour un dossier médical complexe nécessitant plusieurs spécialistes (RCP).
- **La télésurveillance médicale à domicile** permet la surveillance de pathologie chronique telle que l'insuffisance cardiaque, le diabète...et prévient complications et hospitalisations dans le cadre d'un partenariat médical et paramédical



Résultats observés...

- Les résultats initiaux mettent en évidence:
 - Des séjours au domicile prolongés: 6 à 24 mois de prise en charge
 - Conforte étude initiale: 22 jours versus 52 jours (avec IP Connect, p38)
 - Effet « expérience de Milgram » chez les acteurs du domicile
 - Effet « village » qui implique les acteurs dans ces prises en charge
- Les résultats complémentaires:
 - Au moins 1 hdj/ mois
 - RMM en cas de passage aux urgences
 - Une hospitalisation systématique dans la dernière semaine de vie
 - 2 patients/5 ont dû être réhospitalisés mais séjours de moins d'une semaine

Résumé des entretiens IDEL + Données patients

Acteurs de Santé	CABINET 1 « Urbain »	CABINET 2 « village »		CABINET 3 « village »	CABINET 4 « Urbain »
	IDEL 1 « Victoire »	IDEL 2 « Alain »	IDEL 3 « Caroline »	IDEL 4 « Aurélien »	IDEL 5 « Sylvain »
	4 IDEL	4 IDEL		2 IDEL	2 IDEL
	47 ans	34 ans	53 ans	36 ans	40 ans
Patients	Mr O – 68 ans	Mme S – 48 ans	Mme J – 57 ans	Mr C – 57 ans	Mme D – 40 ans
Durée de la prise en charge	16 mois	4 mois	6 mois	3 mois	8 mois
Hospitalisations intermédiaires	7 (7+4+2+3+3+2+7=28 jours)	Néant	Néant	1 (5 jours)	3 (33+3+5=41 jours)
Hospitalisation ultime (DMS)	5 Jours	8 Jours	45 jours (perm <u>we</u>)	6 Jours	31 Jours
HDJ (nombre)	14	1	2	Néant	7
Cs spécialisée SP	7	2	Néant	2	Néant
Satisfaction sur la prise en charge	« c'était tellement simple de pouvoir joindre qui on voulait au moment où on avait besoin [...] ce n'est pas ce qui nous arrive [habituellement] dans les autres prises en charge »	« ce type de prise en charge nous impose de beaucoup communiquer, de devoir faire des transmissions, être vigilant qu'il y a du matériel... ça fait beaucoup d'interlocuteur à domicile... là, on en avait beaucoup... »	« ça demande beaucoup plus de compétences, de technique... tous les cabinets ne le font pas... donc ils nous demandent pour savoir si on se sent prêt à le faire et si on aura aussi le temps, la disponibilité... on sait que ça va nous prendre plus de temps... » « comme elle avait une gamine de 14 ans... en fait, je pense que le maintien à domicile, c'était beaucoup pour ça... Pour qu'elle soit le plus de temps possible avec sa fille, ça se comprend... ce qui était bien... »	« c'est intéressant parce que pour le coup, on a un suivi du patient : on a un rôle multiple. On est vraiment dans notre rôle. On a un côté technique, qui moi ne me déplaît pas, un côté « <u>compromette</u> » : faire ses mises à jours. On essaye de comprendre ce qui se passe ; et puis on a un côté psychologique par rapport à la famille : on doit essayer d'entourer du mieux qu'on peut. »	« Donc elle, on l'a eu au moins 6 mois. On gérait la pompe à morphine qui a plutôt bien fonctionnée. Elle allait chercher ses enfants à l'école. Elle était plutôt confortable, sauf vers la fin où ça commençait vraiment à décliner. »

À partir d'une recherche réalisée auprès de 126 adultes (2003, Singer et al.) les patients ont eux-mêmes identifiés 5 domaines de qualité de soins en fin de vie :

- Recevoir un soulagement de la douleur adéquat et une bonne gestion des symptômes,
- éviter un prolongement excessif de la vie (acharnement),
- avoir une sensation de contrôle sur la situation,
- soulager le fardeau
- et soutenir les relations avec les êtres chers.

Ainsi, chez l'adulte comme chez l'enfant, le soulagement optimal de la douleur est un aspect essentiel de la qualité de vie et un devoir éthique pour le personnel.

Conclusion

- **Éléments de justifications:**
- - Souhait du patient (sensation de contrôle sur la situation)
- - Territoire étendu / Pénurie MG
- - Infirmiers libéraux expérimentés et motivés
- **Éléments contribuant à la performance:**
- - Appui du réseau / entouragement-aidants
- - Réactivité USP / HDJ CS spécialisées
- - Maintenance du matériel / accès traitements

Merci de votre attention!

Soutenez la #TeamSfap du Marathon de Paris 9 Avril 2017



www.alvarum.com/sfap