

Iatrogénie en EHPAD

Dr BLEUET ^a, Dr DEBACQ ^a

^a Service de Gériatrie, CHU de Tours, Université de Tours, France

Patient Gériatrique = Haut risque
IATROGÈNIQUE

- Modifications physiologiques liées à l'âge:
 - Pharmacodynamiques
 - Pharmacocinétiques

- Modifications pharmacodynamiques
 - ↓ sensibilité des barorécepteurs : !! HTA-NRL !!
 - Altération des mécanismes de régulation thermiques : !! NRL !!
 - ↓ sécrétion gastrique : !! Toxicité gastrique AINS !!
 - Altération régulation glycémie : !! Sulfamide !!
 - Altération innervation parasympathique : !! EI des anticholinergique !!
 - ↓ Diminution des récepteurs dopaminergique : !! Majoration du risque de SdEP avec NRL !!

- Modifications pharmacocinétiques ADME
 - Absorption
 - ✓ Peu modifié sauf pathologie digestive (Biodisponibilité L-Dopa diminué si diminution vidange gastrique)
 - Distribution
 - ✓ Majoration masse grasse / masse maigre → accumulation des ttt liposoluble = PSYCHOTROPES
 - ✓ Diminution Albumine → Augmentation forme libre = AVK
 - Métabolisme et élimination diminués → augmentation demi-vie

- Polypathologiques
 - 7 pathologies chroniques pour les plus de 75 ans
 - Dénutrition, Insuffisance rénale, Troubles cognitifs

- Polymédiqués
 - 9,9 traitements / jour chez les patients en EHPAD ¹
 - Lien fort avec accidents iatrogéniques **GRAVES** ²

1. Chevalier H et al. Etude PREMS. 2013

2. Herr M, Sirven N, Grondin H *et al.* Frailty, polypharmacy, and potentially inappropriate medications in old people: Findings in a representative sample of the french population. *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 73, n° 9, 2017/09.

Prévention de la iatrogénie = PRIORITÉ
de santé publique

Iatrogénie en EHPAD

- 20 % des hospitalisation chez les patients de plus de 80 ans ¹
- Coût total estimé à 320 millions d'euros par an ²
- 4^{ème} cause de décès au États-Unis ³

1 . Onder G *et al.* Investigators of the GIFA Study. *Eur J Clin Pharmacol* 2003.

2. Gaubert S. Iatrogénèse médicamenteuse. *Observatoire national des prescriptions et consommation des médicaments*. Mise à jour du 21 Août 2006.

3. Lazarou J *et al.* Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998.

- Les accidents iatrogéniques sont évitables :
 - 75-80 % des EI seraient évitables ¹
 - Une diminution des Médicaments Potentiellement Inadaptés de 10 % → diminution des accidents iatrogènes de l'ordre de 60% ²

1. Onder G *et al.* Investigators of the GIFA Study. *Eur J Clin Pharmacol* 2003.

2. Helas *al.* Drugs modifications for inpatients hospitalised in acute care for elders unit. *Rev Med Interne* 2010

ETAT des LIEUX en EHPAD

ETAT des LIEUX en EHPAD

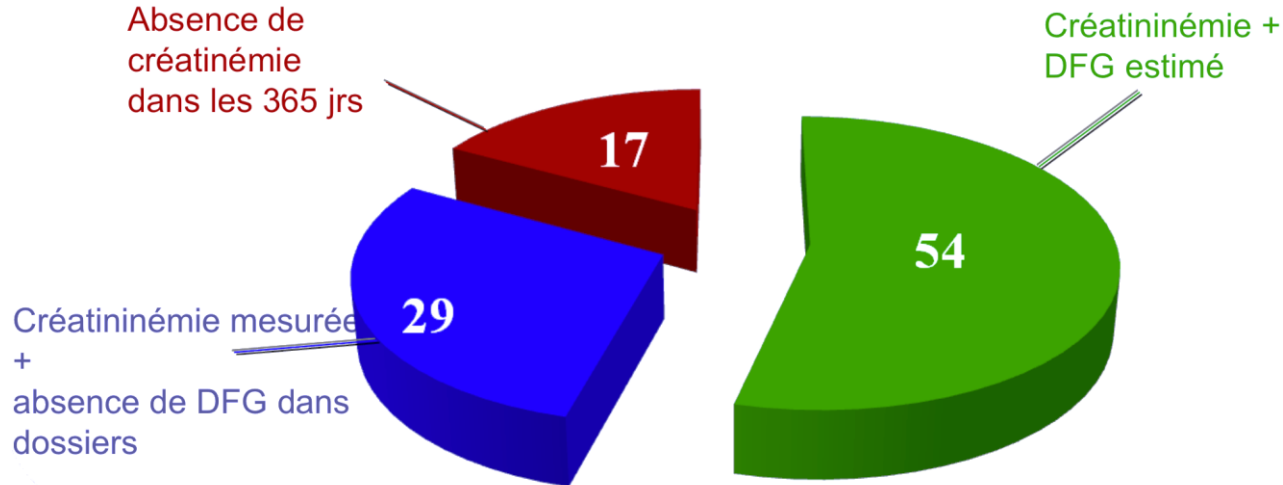
→ LA SURVEILLANCE

- Risques iatrogéniques et de dénutrition en EHPAD (RIDE): ARS et CHU Clermont-Ferrand
 - 136 EHPAD : 10 994 patients
 - Population :
 - ✓ Sexe Féminin : 76 %
 - ✓ Age moyen : 86 ans
 - ✓ Polypathologique : 7 pathologies actives en moyenne
 - ✓ Polymédiquée : 8 ttt différents en moyenne

Iatrogénie en EHPAD

○ Contrôle des FdR : la fonction rénale

% de la population avec une mesure de la créatininémie selon la fréquence recommandée et une évaluation de la fonction rénale (DFG)



Seulement 20 % des patients avaient un Cockcroft renseigné

- Contrôle des FdR : Surveillance de l'INR
 - 18% des patients avaient un traitement par AVK
 - Seul 33 % avaient un INR dans les 3 mois

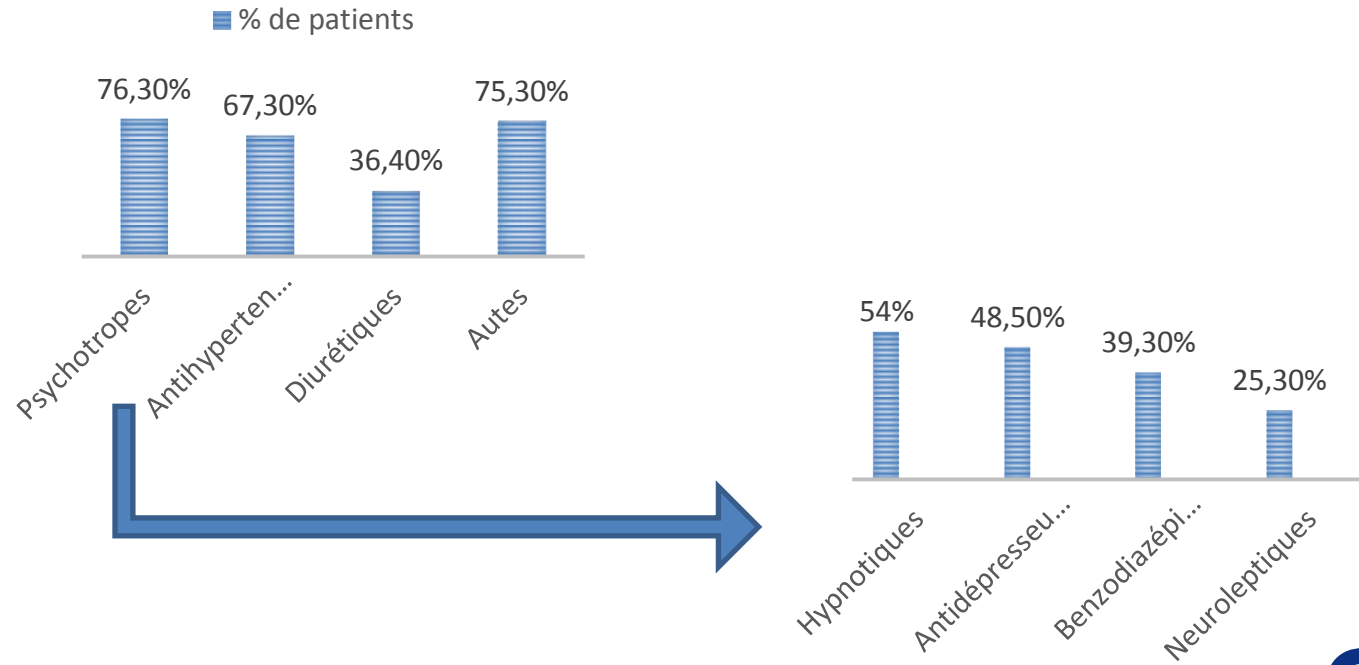
ETAT des LIEUX en EHPAD

→ LES PSYCHOTROPES

- Etude PREMS
 - 439 EHPAD → 39 892 patients et 306 pharmacies
 - En 2012 en France
 - Population :
 - ✓ Sexe féminin 71 %
 - ✓ Âge moyen = 84 ans
 - ✓ Nbre de ttt moyen par jour = 6,6

Iatrogénie en EHPAD

○ Quelle Consommation en EHPAD ?



- Etat des lieux de la prise de psychotrope (RIDE)
 - 77 % des résidents
 - Co-prescriptions chez 50 % des résidents
 - ✓ dont la moitié avec > 3 psychotropes
 - BDZ chez 60 %
 - ✓ Dont 12 % ½ vie longue
 - ✓ Dont 12% double prescription
 - NRL chez 40 %

ETAT des LIEUX en EHPAD

→ LES MPI

A l'admission en EHPAD : 79 % des patients ont au moins un MPI

(J Am Med Dir Assoc. 2012 Jan;13(1):83).

- Thèse d'exercice J. LACOUR en 2015 sur les classes à SMR faible en EHPAD
 - 98 EHPAD
 - Age moyen 86 ans
 - Analyse de 8 classes dont
 - ✓ IPP en dehors d'indication : 35 %
 - ✓ Statine en prévention primaire : 9 %
 - ✓ Traitements symptomatiques MA : 12 %
 - ✓ Vaso-actif et antivertigineux : 2 % chacun

Objectifs : OPTIMISATION des thérapeutiques

- Mission du médecin coordonnateur
 - « Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. À cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien mentionné à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique »

Intérêt des critères STOPP-START V2 dans
la révision des thérapeutiques

- Optimisation des thérapeutiques :
 - Over-use
 - ✓ prescription d'un médicament en l'absence d'indication
 - Miss-use
 - ✓ dose, fréquence, durée d'administration, rapport bénéfice/risque défavorable
 - Under-use
 - ✓ Sous-prescription

- Pourquoi les critères STOPP/START. (1) :
 - Faisabilité en pratique courante :
 - ✓ Patient de plus de 65 ans
 - ✓ Validés en langue française et avec pharmacopée française
 - ✓ Outil simple et rapide
 - Deux volets distincts :
 - ✓ Volet STOPP (repérage miss-use et over use)
 - ✓ Volet START (repérage under-use)

- Pourquoi les critères STOPP/START. (2) :
 - Démarche systématique
 - ✓ Utilisation comme une checklist
 - ✓ Organisation par vignette clinique
 - Bénéfices démontrés pour la qualité du traitement médicamenteux et de diminution de risque iatrogénique
 - ✓ Basé sur des preuves ou des expériences cliniques
 - Favorise une réflexion annuelle sur la pertinence des médicaments chroniques lors d'une consultation consacrée à leur révision

- Mise à jour en 2015 des critères STOPP : Principaux changements (65 à 81 critères)
 - Médicaments sans indication clinique
 - Trois nouvelles catégories
 - ✓ hémostase; altération de la filtration glomérulaire; médicaments anticholinergiques
 - Médicaments à toujours remettre en question
 - ✓ benzodiazépines et Z-drugs, neuroleptiques, antihistaminiques de 1^{re} génération, fer oral à dose élevée
 - Médicaments à questionner s'ils sont utilisés en première intention dans des situations peu sévères
 - ✓ amiodarone, diurétique de l'anse, antihypertenseur à action centrale, opiacé, antidépresseur tricyclique, fluoxétine

- Mise à jour en 2015 des critères START :
Principaux changements (22 à 34 critères)
 - Trois nouvelles catégories
 - ✓ appareils reproducteur et urinaire; système visuel
 - Indication de vaccination
 - ✓ annuelle antigrippale; antipneumococcique
 - Indications médicamenteuses spécifiques en cas de :
 - ✓ douleur, de goutte, de syndrome des jambes sans repos,
 - ✓ de glaucome,
 - ✓ d'hypertrophie prostatique obstructive,
 - ✓ de démence modérée à sévère.

Iatrogénie en EHPAD

Section A : Indication de prescription

Section B : Système cardiovasculaire

Section C : Antiagrégants et anticoagulants

Section D : Système nerveux central et psychotropes

Section E : Fonction rénale et prescriptions

Section F : Système digestif

Section G : Système respiratoire

Section H : Système musculo-squelettique

Section I : Système urinaire

Section J : Système endocrinien

Section K : Médicaments majorant le risque de chute

Section L : Antalgiques

Section N : Charge anticholinergique

Iatrogénie en EHPAD

Section C : Antiagrégants et anticoagulants

De l'aspirine au long cours à dose > 160 mg/j – [risque accru de saignement, sans preuve d'efficacité majorée]

De l'aspirine en présence d'un antécédent d'ulcère gastroduodéal sans prescription d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) – [risque de récurrence d'ulcère]

Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) ou un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) en présence d'un risque hémorragique significatif (hypertension artérielle sévère non contrôlée, diathèse hémorragique, ou récent épisode de saignement spontané important) – [risque élevé d'hémorragie]

De l'aspirine associée au clopidogrel en prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (sauf si syndrome coronarien aigu concomitant, stent coronarien depuis moins de 12 mois, ou sténose carotidienne serrée symptomatique) – [pas de preuve de bénéfice, hors de ces trois exceptions, par rapport à une monothérapie par clopidogrel]

De l'aspirine associée à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une fibrillation atriale – [pas de bénéfice additionnel de l'aspirine, qui majore le risque de saignement]

Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) en association à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) pour une artériopathie stable (coronarienne, cérébro-vasculaire ou périphérique) – [pas de bénéfice additionnel de l'ajout de l'antiagrégant, qui majore le risque de saignement]

La ticlopidine dans tous les cas – [le clopidogrel et le prasugrel ont des effets secondaires moindres et une efficacité similaire]

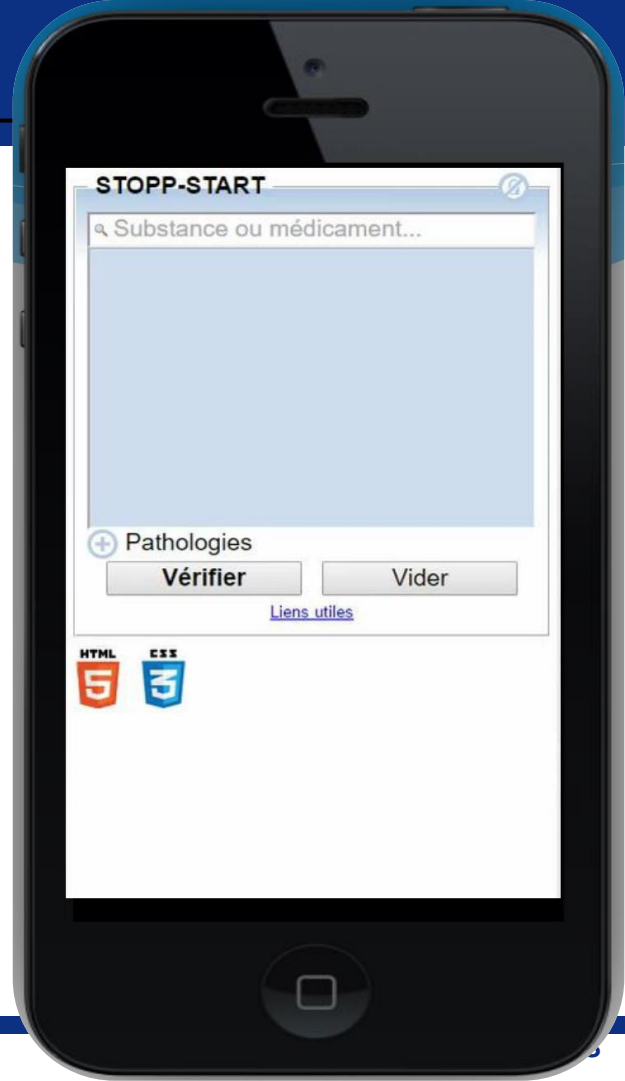
Un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) durant plus de 6 mois pour un premier épisode de thrombose veineuse profonde (TVP) sans facteur de risque de thrombophilie identifié – [pas de bénéfice additionnel après 6 mois]

Un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) durant plus de 12 mois pour un premier épisode d'embolie pulmonaire (EP) sans facteur de risque de thrombophilie identifié – [pas de bénéfice additionnel après 12 mois]

Un anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS) associé à un anticoagulant oral (anti-vitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) – [risque accru d'hémorragie gastro-intestinale]

Un anti-inflammatoire non-stéroïdien (AINS) en présence d'un antiagrégant plaquettaire, sans traitement préventif par un inhibiteur de la pompe à proton (IPP) – [risque accru d'ulcère gastroduodéal]

- Outil informatisé :
 - <http://stopstart.free.fr/>



Iatrogénie en EHPAD

STOPP-START

Substance ou médicament...

ramipril
atorvastatine
propranolol
donépézil
alprazolam
acide acétylsalicylique
lysine

+ Pathologies

Maladie Alzheimer
HTA
IRC modérée

Vérifier

Vider

Iatrogénie en EHPAD

- **STOPP B : Système cardiovasculaire**
 - B4 : Un bêtabloquant en présence d'une bradycardie (< 50 bpm), d'un bloc atrioventriculaire du second degré ou troisième degré – (risque de bloc complet ou d'asystolie) **(propranolol)**
 - B11 : Un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) en présence d'un antécédent d'hyperkaliémie – (risque de récurrence) **(ramipril)**
- **STOPP C : Antiplaquettaires et anticoagulants**
 - C1 : De l'aspirine au long cours à dose > 160 mg/jour – (risque accru de saignement, sans preuve d'efficacité majorée) **(acide acétylsalicylique)**
 - C3 : Un antiagrégant plaquettaire (aspirine, clopidogrel, dipyridamole) ou un anticoagulant oral (antivitamine K, inhibiteur direct de la thrombine ou du facteur Xa) en présence d'un risque hémorragique significatif (hypertension artérielle sévère non contrôlée, diathèse hémorragique, ou récent épisode de saignement spontané important) – (risque élevé d'hémorragie) **(acide acétylsalicylique)**
- **STOPP D : Système nerveux central et psychotropes**
 - D5 : Une benzodiazépine depuis plus de quatre semaines – (un traitement prolongé par benzodiazépine n'est pas indiqué (critère A1) ; risques de sédation, de confusion, de troubles de l'équilibre, de chutes et/ou d'accident de la route. Après quatre semaines, toute prise de benzodiazépine devrait être diminuée progressivement puisqu'il existe une tolérance de l'effet thérapeutique et un risque de syndrome de sevrage) **(alprazolam)**
 - D11 : Un inhibiteur de l'acétylcholinestérase en présence d'un antécédent de bradycardie persistante (< 60 bpm), de bloc de conduction cardiaque, de syncopes récidivantes inexpliquées, de médicament bradycardisant (bêtabloquant, digoxine, diltiazem, vérapamil) ou d'asthme – (risque de troubles sévères de la conduction cardiaque, de syncope, d'accident, de bronchospasme) **(donépézil)**
- **STOPP K : Médicaments associés à un risque accru de chute chez les patients âgés**
 - K1 : Une benzodiazépine dans tous les cas – (effet sédatif, trouble de proprioception et d'équilibre) **(alprazolam)**
 - K3 : Un vasodilatateur (alpha1-bloquant, inhibiteur calcique, dérivé nitré de longue durée d'action, IEC, ARA II) en présence d'une hypotension orthostatique persistante (diminution récurrente de la pression artérielle systolique ≥ 20 mmHg ou diastolique ≥ 10 mmHg lors de la verticalisation) – (risque de syncopes, de chutes) **(ramipril)**

- START I : Vaccins
 - I2 : Vaccination antipneumococcique au moins une fois après l'âge de 65 ans en accord avec les recommandations nationales – (prévention des infections invasives à pneumocoques)
(Insuffisance rénale [DFG=38])

Efficacité de la conciliation médicamenteuse en EHPAD



Journal of the American Medical Directors
Association



Volume 18, Issue 1, January 2017, Pages 87.e1-87.e14



JAMDA Online

Review Article

Residential Aged Care Medication Review to Improve the Quality of Medication Use: A Systematic Review

Kaashaelya Thiruchelvam BPharm ^a  , Syed Shahzad Hasan BPharm, MClinPharm, PhD ^a, Pei Se Wong MPharm,
PhD ^a, Therese Kairuz DipPharm(Hons), MPharm, PhD, GCHEd ^b

 [Show more](#)

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.10.004>

[Get rights and content](#)

- 12 articles
 - 8 études : révision médicamenteuse par pharmacien
 - 4 études : révision médicamenteuse par équipe pluridisciplinaire

→ Recommandations majoritaires suivies
→ Nombre MPI, EI (hospitalisations et décès) significativement diminué

Age and Ageing 2014; **43**: ii19–ii20
doi: 10.1093/ageing/afu131

Health services research

64

CLUSTER-RANDOMISED CONTROLLED TRIAL (RCT) OF A MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION PACKAGE FOR REDUCING DISEASE-SPECIFIC HOSPITALISATIONS FROM LONG TERM CARE (LTC)

M. J. Connolly¹, J. B. Broad¹, M. Boyd^{1,2}, N. Kerse³, S. Foster¹, T. Lumley⁴, X. Zhang¹,
N. Whitehead²

¹*Department of Geriatric Medicine*

²*School of Nursing*

³*School of Population Health*

⁴*Department of Statistics, University of Auckland, New Zealand*

- 30 EHPAD
- Intervention multidisciplinaire
 - Utilisation des critères STOPP-START
 - Suivi à un an
- Effet significatif sur
 - Nombre de MPI
 - Nombre hospitalisation non programmée

Age and Ageing 2006; **35**: 586–591 © The Author 2006. Published by Oxford University Press on behalf of the British Geriatrics Society
doi:10.1093/ageing/af1075 All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oxfordjournals.org
Published electronically 12 August 2006

Clinical medication review by a pharmacist of elderly people living in care homes—randomised controlled trial

ARNOLD GEOFFREY ZERMANSKY¹, DAVID PHILLIP ALLDRED¹, DUNCAN ROBERT PETTY¹,
DAVID K. RAYNOR¹, NICK FREEMANTLE², JOANNE EASTAUGH², PETER BOWIE³

¹Pharmacy Practice and Medicines Management Group, School of Healthcare, Baines Wing, University of Leeds, PO Box 214, Leeds LS2 9JT, UK

²Department of Primary Care and General Practice, University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham B15 2TT, UK

³Older People's Mental Health Department, Longley Centre, Norwood Grange Drive, Sheffield S5 7JT, UK

Address correspondence to: A. G. Zermansky. Email: a.g.zermansky@leeds.ac.uk, zermansky@btinternet.com

- 65 EHPAD anglaises : 661 résidents
- Conciliation médicamenteuse réalisée par pharmacien → recommandations aux médecins traitants
 - 75,6 % (565/747) des recommandations des pharmaciens ont été acceptées
 - 76,6 % (433/565) des recommandations acceptées ont été appliquées.

Conclusion

Iatrogénie en EHPAD

- Efficacité de la révision médicamenteuse en EHPAD
- Efficacité et faisabilité des critères STOPP-START
- Méd Co : mission de conciliation médicamenteuse

- Les 6 commandements de la prescription en gériatrie
 - Le médicaments est-il nécessaire ?
 - Le bénéfice thérapeutique est-il certain ?
 - La posologie est-elle adaptée ?
 - La présentation est-elle appropriée ?
 - Y-a-t-il un risque d'effet indésirable ?
 - Y-a-t-il un risque d'interaction médicamenteuse ?

Télémédecine

Rôle de la télémédecine dans la lutte contre la iatrogénie en EHPAD



- Bons rapports avec la plupart des médecins généralistes. - - Ces bonnes relations favorisées par la propre expérience des médecins coordonnateurs en médecine générale libérale.
- Un travail en binôme surtout lors des soins palliatifs ou lors les relations problématiques avec les familles des résidents.
- Les rencontres informelles ou lors d'appels téléphoniques émis par le médecin coordonnateur.
- La difficulté de faire appliquer les recommandations de bonnes pratiques gériatriques.

Application des Recommandations : importance du contexte

- service de court séjour



versus EHPAD



- niveau d'exigence en EHPAD



versus en consultation



- Population de ville vs population d'EHPAD



une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication (loi n°2009-879 du 21 juillet 2009)

- La téléconsultation
- La télé-expertise
- La télésurveillance médicale
- La téléassistance

SMR au moins équivalent à une consultation présenteielle

Utilisation de la télémédecine en EHPAD

	TC +TE suivi post hosp	Tc + TE Suivi pathologies chroniques	Coaching des équipes	Télé staff
US	+ (monitoring)	+		
Norvège			+	
Taiïwan	+	+		+
Pays bas		télédermatologie		
UK				lutte perte autonomie
Italie	TE : EGS			
France	+	+	+	+

- Modification des pratiques, adaptation de la part des professionnels
- Cadrage technique et organisationnel nécessaire
- Nature collaborative : création de relation interprofessionnelle, amélioration des soins
- Hospitalisations - fréquentes dans les Nursing Home équipées et utilisant la TM : gain économique et meilleur qualité de soins.

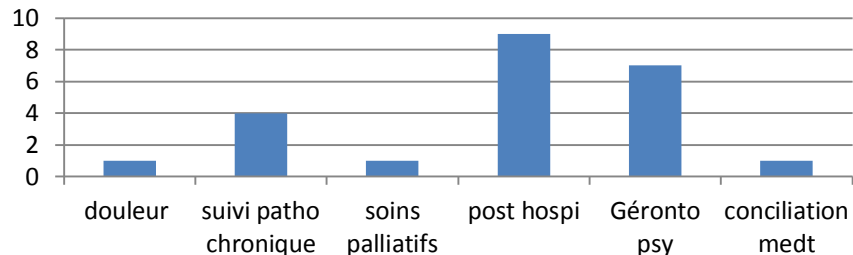
Esterle L, Revue française des affaires sociales, no. 2, 2011, pp. 63-79
Grabowski D, Health Aff 2014 feb;33(2):244-50

- Télé-expertise : préparation des hospitalisations, conciliation médicamenteuse
- Télé-consultation : suivi post hospitalisation et pour certaines pathologies chroniques
- Télé-staff : avec les EHPAD

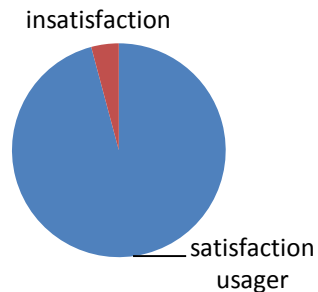
Description téléconsultations gériatrie CHU Tours

2017 : 24 téléconsultations

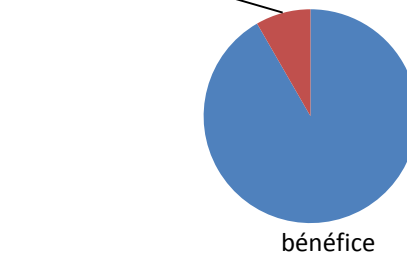
GIR moyen : 2 (4 -1)



point de vue usager



présence de l'équipe





COVOTEM JOELLE BLEVET DOSSIERS SALLES D'ECRAN AGENDA STATISTIQUES CHAT PARAMETRES

VISION RAPPORT PARTAGE

INGERE VIDEO Applications

avis de telemedecine [REDACTED] AGNES 21/01/1922 F

Fichier Insertion Modèles Signature Annuler/Signatures B S [Icons] Retour à la main [PDF] Envoyer au DMP

Avis de Télémedecine

Identité du demandeur : Dimitri TROITZY Date de la demande : 20/04/2017 16:13

Établissement :

Identité Patient

Nom [REDACTED] (AIS) Prénom : Agnes Sexe : F

Date de naissance : 21/01/1922 Age : 95

IPP : INSc :

IPP Etablissement demandeur :

IPP Etablissement requis :

Contexte clinique

Documents joints : VSH CRU Imagerie Biologie

Autre :

Poids : 49.3 kg Taille : 1.59 m IMC : 21.91

Tension Artérielle : 110/60 Pouls : 80 puls/min T° : 37.0 °C

Antécédents significatifs

d'OH du 05/04/2017 : actuellement douleurs tolérables sous tramorph 2mg/350 39% air ambiant quelques céphalées base

Appeler Enregistrer et Fermer

Pièces jointes (0) + Ajouter toutes les images Retirer toutes les pièces jointes Nombre d'images par colonne : 2 Nombre d'images par ligne : 1

COVOTEM JOELLE BLEVET DOSSIERS SALLES D'ECRAN AGENDA STATISTIQUES CHAT PARAMETRES

VISION RAPPORT PARTAGE

INGERE VIDEO Applications

avis de telemedecine - [REDACTED] AGNES 21/01/1922 F

Fichier Insertion Modèles Signature Annuler/Signatures B S [Icons] Retour à la main [PDF] Envoyer au DMP

IPP Etablissement requis :

Contexte clinique

Documents joints : VSH CRU Imagerie Biologie

Autre :

Poids : 49.3 kg Taille : 1.59 m IMC : 21.91

Tension Artérielle : 110/60 Pouls : 80 puls/min T° : 37.0 °C

Antécédents significatifs

d'OH du 05/04/2017 : actuellement douleurs tolérables sous tramorph 2mg/350 39% air ambiant quelques céphalées base du 05/04/2017 : actuellement douleurs tolérables sous tramorph 2mg/350 39% air ambiant quelques céphalées base de la région nucale de la formation les cas de parésie à la fond d'œil avec élévation notant depuis plusieurs années, traitement par rampril 1.25/16/20 temporaire toléré

Traitements en cours

contrôle à rajouter 1 mg/kg en 3 fois en 24h (log) 17 mg paroral

Motif de la demande

Il s'agit d'un motif de consultation en cas de mal de tête à stopper (déshydratation) par tram 100 mg/mc/27 kg

Appeler Enregistrer et Fermer

Pièces jointes (0) + Ajouter toutes les images Retirer toutes les pièces jointes Nombre d'images par colonne : 2 Nombre d'images par ligne : 1

ICI, NOUS PROPOSONS LA TELEMEDECINE

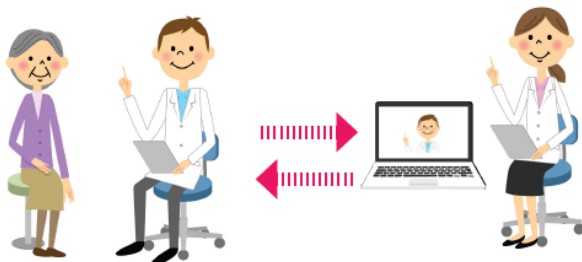
*Chutes, bilans bucco-dentaires,
troubles trophiques, troubles
psycho-comportementaux...*

A L'EHPAD

Votre médecin sollicite
l'avis d'un spécialiste,
en toute confidentialité

AU CHU DE TOURS

Le spécialiste rend
son avis d'expert



Chargés missions ARS

Contact Télémédecine

Chef de projets Télémédecine

02 46 47 02 74

telemedecine@esante-centre.fr

Conclusion

La télémédecine permet de traiter et de suivre les pathologies chroniques des personnes âgées sans déshumaniser la relation de soin avec les patients.

La télémédecine se révèle donc pour les EHPAD mais également pour les établissements de santé une réelle opportunité pour :

L'amélioration du parcours de soins et de la qualité de vie des patients âgés en perte d'autonomie

Une plus grande qualité des consultations de part des échanges de données beaucoup plus complets qu'en consultation traditionnelle

Le soin en EHPAD par le développement des compétences des soignants qui se sentent aussi de fait moins isolés



**MERCI DE VOTRE
ATTENTION**

