EHESP

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion : **Année 2014 - 2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

L'intégration de la télé-psychiatrie dans l'accompagnement des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD

Aurélie QUÉAU

Remerciements

Je remercie Monsieur Michel BARBÉ qui m'a permis de réaliser mon stage de professionnalisation dans son établissement et ainsi de découvrir l'accompagnement des personnes âgées dans un environnement serein, respectueux de tous et toujours avec l'envie d'innover pour améliorer le quotidien des résidents. Sa grande disponibilité et la confiance qu'il ma faite m'ont permis de me projeter chaque jour un peu plus dans mes futures fonctions de directrice tout en engageant mon travail de réflexion sur le thème de la télé-psychiatrie développée ici.

Je remercie également tous les professionnels qui ont accepté de me rencontrer le temps d'un entretien pour échanger sur ma problématique, qu'ils travaillent à l'EHPAD ou au CHGR, et ce malgré des emplois du temps souvent bien chargés.

Je n'oublie pas les résidents et pour certains leur famille qui, par leur témoignage, m'ont permis d'étayer mon propos autour de la télé-psychiatrie. C'est bien dans un souci constant d'amélioration de leur accompagnement et de leur quotidien que nous oeuvrons chaque jour. Ils restent les mieux placés pour nous exprimer leurs besoins et leurs ressentis.

Sommaire

Introduction **1**

1 La télémédecine au service de la géronto-psychiatrie : état des lieux de concepts nouveaux dans les paysages sanitaire, médico-social et psychiatrique **7**

1.1 La géronto-psychiatrie ou la prise en charge psychiatrique des personnes âgées **7**

1.1.1 Naissance d'une nouvelle discipline 7

1.1.2 La prise en compte de nouveaux besoins d'une population vieillissante. 9

1.1.3 L'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques en établissement 10

1.2 L'avènement de la télé-médecine au sein des services de soins français **12**

1.2.1 L'arrivée des NTIC dans le secteur de la santé 13

1.2.2 La télémédecine : le dernier né parmi les nouveaux dispositifs technologiques 14

1.2.3 La télémédecine dans les établissements médico-sociaux 16

1.3 Plus marginale, la télé-psychiatrie commence à s'imposer dans le paysage des accompagnements psychiatriques en France **18**

1.3.1 La naissance et la mise en oeuvre de la télé-psychiatrie 18

1.3.2 Les questions d'ordre éthique soulevées par la télé-psychiatrie : les représentations particulières concernant l'utilisation des NTIC pour cette discipline 19

1.3.3 Retours d'expérience sur l'organisation de dispositifs de télé-psychiatrie 21

2 La mise en place du dispositif de télé-psychiatrie au sein de l'EHPAD Les Jardins du Castel **25**

2.1 Présentation de l'établissement **25**

2.1.1 Informations générales 25

2.1.2 Population accueillie à l'EHPAD - Regard sur les personnes âgées ayant des troubles comportementaux ou cognitifs 27

2.1.3 Organisation professionnelle au sein de l'EHPAD : rôle et place de chacun 28

2.2 Mise en place des consultations en télé-psychiatrie au sein de l'établissement **29**

2.2.1 L'accompagnement des troubles psychiatriques au sein de l'EHPAD 30

2.2.2 Réponse à l'appel à projet de l'ARS Bretagne 32

2.2.3 Une mise en place progressive au sein de l'établissement : de l'expérimentation à l'utilisation en routine 34

2.3 Difficultés et opportunités repérées sur le terrain 35
2.3.1 La présence d'un tiers lors de la consultation 36
2.3.2 Appréhender un nouveau mode de communication 37
2.3.3 Le confort, le bien-être du résident 39
2.3.4 L'accompagnement et l'organisation des professionnels 41

3 Des éléments de réflexion pour optimiser l'utilisation de la télé-psychiatrie au sein d'un établissement médico-social accueillant des personnes âgées dépendantes 43

3.1 Toujours améliorer l'accompagnement du résident 43
3.1.1 Intégrer le résident à la construction de son accompagnement 43
3.1.2 Un directeur qui doit maîtriser le dispositif 44
3.1.3 La réflexion éthique afin d'encadrer les pratiques en interne 46
3.2 Prise en compte des professionnels 48
3.2.1 Formation et accompagnement aux nouvelles technologies et pratiques 48
3.2.2 Travailler sur l'organisation des services 49
3.2.3 Des liens entre professionnels qui génèrent une montée en compétences 51
3.3 Développer et conforter la place de l'établissement sur un territoire donné 52
3.3.1 L'ouverture de l'établissement sur son environnement 52
3.3.2 Développement sur d'autres spécialités médicales 53

Conclusion 57

Sources et bibliographie 61

Liste des annexes I

Liste des sigles utilisés

ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
ANFH	Association nationale pour la Formation permanente du personnel hospitalier
APA	American Psychiatric Association
ARS	Agence Régionale de Santé
CHGR	Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMGP	Equipe mobile de géronto-psychiatrie
EPSM	Etablissement public de santé mentale
ETP	Equivalent temps plein
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GIR	Groupe iso-ressources
GMP	GIR moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST (loi)	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
LFSS	Loi de financement de la Sécurité Sociale
MMS	Mini Mental Status
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASA	Pôle d'activité de soins adaptés
PMP	Pathos moyen pondéré
SDSL	Symetric Digital Subscriber Line (en français : ligne d'abonné numérique à débit symétrique)

Introduction

Ces dernières années, les outils informatiques ou plus généralement les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) se sont largement démocratisés. La majorité des gens ne sort jamais sans son smartphone, la connexion à internet est devenue la réponse aux questions de tous ordres que l'on peut se poser, les archives papiers des entreprises diminuent au profit des archives numériques et le secteur médical n'est pas en reste avec des techniques de soins toujours plus pointues, des dispositifs médicaux toujours plus perfectionnés. Les professionnels de santé ont toujours utilisé les innovations technologiques pour la qualité des soins et la prise en charge des patients. Aujourd'hui, elles s'invitent également dans le secteur médico-social avec des géronto-technologies toujours plus présentes dans le secteur des services à la personne. Récemment un article du Figaro[1] présentait le robot humanoïde NAO qui a été accueilli au sein d'un EHPAD d'Issy-Les-Moulineaux pour accompagner les résidents. Des nouveautés qui soulèvent de nombreuses questions, principalement d'ordre éthique et qui font partie de notre quotidien qu'il soit personnel ou professionnel.

Les solutions e-sante se développent aujourd'hui de manière exponentielle et avec elles la télémédecine qui est, de manière concise, une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication.

Pour autant, la formalisation et l'encadrement législatif de ce dispositif est plutôt récent. Evoqué pour la première fois dans la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, c'est avec la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 que la télémédecine prend réellement corps, notamment avec le décret du 19 octobre 2010 qui suivra, permettant une définition précise des actes de télémédecine. C'est à compter de ces années que divers services médicaux se sont saisis plus avant du dispositif, dont la psychiatrie, même si des expérimentations avaient déjà été mises en œuvre.
La géronto-psychiatrie, comme nous le verrons, est une spécialité récente née des besoins du terrain et qui pour se développer doit s'appuyer sur les nombreux outils existants. La télé-psychiatrie fait partie de ces derniers et est de plus en plus intégrée à la prise en charge psychiatrique des résidents en EHPAD.

En tant que future directrice d'un établissement sanitaire, social et médico-social, peut-être d'un EHPAD, il me semble essentiel de pouvoir toujours améliorer les modes d'accompagnement des résidents. Les nouvelles technologies, si elles sont bien

[1] BASTIE E., 2015, « Un robot au service des pensionnaires d'une maison de retraite en France ». *Le figaro.fr*. [visité le 21 avril 2015], disponible sur internet : http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/04/21/01016-20150421ARTFIG00315-un-robot-au-service-des-pensionnaires-d-une-maison-de-retraite-en-france.php

encadrées permettent cela. C'est pourquoi lors de mon stage de professionnalisation à l'EHPAD Les Jardins du Castel, j'ai pu constater les conséquences positives de l'engagement dans une dynamique de projet avec les équipes. Le directeur a ici toute sa place pour impulser cette dynamique en en choisissant les orientations.

Ainsi j'ai profité de la participation de l'EHPAD Les Jardins du Castel à la mise en place de la télé-psychiatrie via le projet AGETELEPSY (projet mené par le Centre Hospitalier Guillaume Régnier-CHGR de Rennes sur la mise en place d'une offre de télémédecine pour les consultations spécialisées en psychiatrie de la population prise en charge dans les EHPAD du Territoire de santé n°5) pour construire mon projet de mémoire et ainsi le questionnement qui allait guider ma recherche ces derniers mois, à savoir : quels peuvent être les atouts et les limites de l'utilisation de la télé-psychiatrie en EHPAD ?
A partir de cette question de départ, j'ai élaboré et retenu quatre hypothèses de travail, à savoir :

- l'utilisation de la télé-psychiatrie permet un gain en confort et un meilleur suivi en améliorant l'accompagnement des résidents dans leur lieu de vie
- l'utilisation de la télé-psychiatrie permet une sécurisation et un soutien des professionnels exerçant en établissement
- la mise en place de la télémédecine implique une réflexion organisationnelle des professionnels autour des consultations psychiatriques en EHPAD
- l'utilisation de la télé-psychiatrie doit être suffisamment encadrée pour être bénéfique et claire aux yeux de tous, notamment d'un point de vue éthique.

Engageant mon travail de réflexion en ce sens, j'ai rapidement constaté sur le terrain que l'intégration de la télé-psychiatrie, nouveau concept, venait percuter la notion d'accompagnement psychiatrique des personnes âgées, la géronto-psychiatrie. Deux domaines assez récents avec lesquels les équipes doivent composer. Il me semblait donc intéressant de les intégrer conjointement à ma réflexion en construisant ma problématique qui est la suivante :

En quoi l'usage de la télé-psychiatrie en EHPAD modifie-t-il l'accompagnement des résidents atteints de troubles psychiatriques ?

Cette problématique permet ainsi de prendre en compte la notion de résidents mais également tout un pan relatif aux pratiques des professionnels. Concernant les résidents, nous nous intéresserons ici aux résidents ne présentant pas de troubles neuro-dégénératifs type maladie d'Alzheimer ou apparentés. Effectivement, ces résidents ne sont pas concernés actuellement par le dispositif de consultations psychiatriques à distance et, le cas échéant, leur accompagnement serait différent des autres résidents.

Afin d'obtenir des données objectives et concrètes pour répondre à cette problématique, je me suis appuyée sur divers supports de recherche.

J'ai tout d'abord engagé un *travail de lecture* afin de réunir des éléments théoriques pour étayer ou infirmer les hypothèses précédemment citées. Ce travail a été limité du fait du manque d'ouvrage traitant du sujet. Comme le souligne Gérard MASSE, psychiatre, dans l'un de ses articles « *Peu de documents français traitent du sujet. La quasi-totalité de la littérature est non francophone* »[2]. Je me suis donc essentiellement basée sur des articles de presse spécialisée ou des rapports traitant du sujet, représentant à eux-seuls une source très importante d'information.
Afin d'en extraire les données les plus pertinentes pour mon travail, j'ai construit une grille d'analyse thématique[3] reprenant les éléments qui permettaient d'enrichir ma réflexion.

En parallèle, j'ai pu réaliser un *travail d'observation* sur mon lieu de stage. Même si je n'ai pas engagé ce dernier de manière scientifique avec des grilles d'observation prédéfinies, participer aux diverses réunions, comités de pilotage, visites techniques du GCS e-Santé à l'EHPAD, m'a permis de prendre de nombreuses notes sur le sujet avec les réflexions, les interrogations, voire les inquiétudes de chaque acteur.
J'ai complété ces observations par une lecture des dossiers, informatisés sur le logiciel de soins, des résidents de l'EHPAD suivis en télé-psychiatrie.
Ces notes sont venues enrichir mon propos et les données recueillies lors des *entretiens semi-directifs* que j'ai menés. L'ouvrage d'Alain BLANCHET et d'Anne GOTMAN nous informe que « *l'entretien est à l'origine, un type de rapport social et verbal appartenant au langage diplomatique (…) qui désigne une conversation d'égal à égal (…). L'entretien, comme technique d'enquête, est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté, pour que l'enquêté ne se sente pas comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations* »[4]. L'entretien ne se déroule effectivement pas uniquement autour d'une série de questions à poser, il implique aussi un contexte, un échange entre deux personnes et la création d'une relation de confiance.
J'ai construit une grille d'entretiens semi-directifs[5], adaptée à chaque personne interviewée, avant d'aller réaliser ceux-ci, afin d'avoir un fil rouge à respecter et ne pas m'éloigner de mon sujet de recherche. Les entretiens semi-directifs laissent une large zone de liberté, certes moins que les entretiens non-directifs. Mais cela m'a permis d'inciter l'enquêté à approfondir ou à préciser des points qu'il aurait abordés.
J'ai ainsi réalisé douze entretiens[6] parmi lesquels trois résidents, cinq professionnels de l'EHPAD Les Jardins du Castel (cadre de santé, médecin coordonnateur, psychologue,

[2] MASSE G., FRAPPIER A., KANNAS S., février 2007, « Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française », *Les Cahiers hospitaliers*, n°231, pp.19-23, [visité le 15/01/2015], disponible sur internet : www.cairn.info
[3] Annexe 4 : La grille d'analyse thématique des lectures, p. VII
[4] BLANCHET A. et GOTMAN A., 2006, *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*, Paris : Armand Collin, 128 pages, p.9
[5] Annexe 1 : Les grilles d'entretiens, p. II
[6] Annexe 2 : La liste des interviewés, p.V

deux infirmiers), la chef de projet du GCS e-Santé Bretagne, une psychiatre et coordinatrice du projet AGETELEPSY du CHGR, une infirmière de l'équipe mobile de géronto-psychiatrie et une directrice d'EHPAD d'un autre département. Seul m'a manqué un entretien sollicité auprès de la psychiatre suivant les résidents de l'EHPAD qui n'a pu me répondre et se rendre disponible dans le temps imparti. Les entretiens ont duré entre trente minutes et 1h15 et ont eu lieu, pour les professionnels, dans leur bureau et pour les résidents, dans leur chambre.

J'ai demandé à chaque personne l'autorisation d'enregistrer l'entretien afin de pouvoir retranscrire l'intégralité et l'authenticité de leur parole. Durant l'entretien, j'ai accompagné ces enregistrements d'une prise de notes. A l'issue de chacun des entretiens réalisés, je les ai effectivement retranscrits. Cette étape, bien qu'exhaustive, m'a paru essentielle pour pouvoir tirer le meilleur des données recueillies et éviter les interprétations erronées.

Concernant l'analyse des données, à la relecture des entretiens retranscrits, j'ai recensé différents thèmes qui m'ont permis de construire un tableau d'analyse thématique[7]. Durant cette phase, j'ai majoritairement choisi de restituer des extraits des entretiens réalisés en conservant la parole de mes interlocuteurs. Tout au long de ce travail de recherche, je continuerai d'utiliser ces extraits d'entretiens. Ils sont la matière première autour de laquelle ce mémoire a pu se construire. C'est pourquoi ils apparaîtront à diverses reprises, entre guillemets et en italique, dans le corps de texte de ce mémoire.

J'ai néanmoins conservé, dans la mesure du possible, l'anonymat et la confidentialité concernant les personnes interrogées ou mentionnées dans les pages qui suivent.

En parallèle, l'une de mes missions de stage était la réorganisation du travail infirmier au sein de l'EHPAD. Cette mission m'a permis de mettre en regard la mise en place de la télé-psychiatrie et l'organisation des services en étant au cœur de la réalité du terrain et les infirmiers, comme nous le verrons, sont directement impactés par l'arrivée de la télémédecine.

Après avoir recueilli un maximum d'informations exploitables, il reste ensuite à les assembler afin de construire un raisonnement concret et sensé. La difficulté est alors de ne pas chercher à théoriser le propos. Le terrain ne doit pas s'éclipser face aux concepts.

Le plan de ce travail s'articule donc autour de trois parties.

Dans un premier temps, je poserai le cadre des concepts étudiés ici, à savoir l'accompagnement psychiatrique des personnes âgées ou géronto-psychiatrie ainsi que la télémédecine et la télé-psychiatrie qui nous intéresse plus particulièrement ici.

[7] Annexe 3 : La grille d'analyse thématique des entretiens, p.VI

Dans un second temps, je m'arrêterai sur la mise en place du dispositif de télé-psychiatrie au sein de l'EHPAD Les Jardins du Castel en exploitant principalement les résultats recueillis lors des entretiens.

Enfin dans une troisième et dernière partie, j'élaborerai des éléments de réflexion et des pistes d'action pour optimiser l'utilisation de la télé-psychiatrie au sein d'un établissement médico-social accueillant des personnes âgées dépendantes en les intégrant dans notre pratique professionnelle.

1 La télémédecine au service de la géronto-psychiatrie : état des lieux de concepts nouveaux dans les paysages sanitaire, médico-social et psychiatrique

Deux nouveaux concepts sont abordés au fil de ce mémoire, la géronto-psychiatrie et la télémédecine. Il me semblait essentiel de revenir sur l'origine et l'organisation de ces deux concepts avant d'entrer dans le détail de la télé-psychiatrie.

1.1 La géronto-psychiatrie ou la prise en charge psychiatrique des personnes âgées

De nouveaux besoins sanitaires et organisationnels voient le jour régulièrement dans le système de santé français, créant parfois de nouvelles spécialités médicales.
Les coupes drastiques dans le budget dédié à la santé obligent à une réflexion sur la meilleure prise en charge médicale possible au meilleur coût, incluant nécessairement la notion de parcours de soins pour les patients. Jusqu'alors la psychiatrie faisait figure d'exception, continuant à fonctionner sur une organisation conservatrice, depuis la refonte du secteur suite à la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la *sectorisation psychiatrique.*
Alors que la notion de parcours de soins est au cœur de tous les débats, la naissance d'une nouvelle spécialité permettant de lier la gériatrie et la psychiatrie semble couler de source afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique de la personne âgée atteinte de troubles psychiatriques.

1.1.1 Naissance d'une nouvelle discipline

Le terme de géronto-psychiatrie est encore peu utilisé en France. Pour cause, le développement d'une filière de cette spécialité n'a réellement vu le jour qu'en 2005, et ce même si la psychiatrie française a commencé à s'intéresser aux particularités de la prise en charge de la personne âgée vers les années 80.
Jean-Pierre CLÉMENT, psychiatre spécialiste des personnes âgées, définit la psychiatrie du sujet âgé dans son ouvrage phare sur cette thématique comme « *la discipline frontière entre psychiatrie et gériatrie* »[8].
Plus précis, le Docteur MD LUSSIER, définit plus précisément la géronto-psychiatrie comme étant la discipline qui « *couvre l'ensemble des maladies psychiatriques du sujet âgé et ses conséquences* »[9].

[8] CLÉMENT JP, LEGER JM, WERTHEIMER J., 1999, *Psychiatrie du sujet âgé*, Paris : Edition Flammarion Médecine-Sciences, 620 pages
[9] LUSSIER MD, PACCALIN M, 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », *Revue hospitalière de France,* n°527, p.30

Difficile pour autant d'imaginer une réflexion approfondie sur la prise en charge des personnes âgées alors que le secteur de la psychiatrie, dans son ensemble, souffre de réelles difficultés, qu'elles soient d'ordre financières ou humaines. La psychiatrie est effectivement confrontée à une carence en praticiens et une réorganisation du secteur doit être repensée à moyens constants.
La France montre un certain retard au niveau de l'ensemble des missions de géronto-psychiatrie, notamment concernant l'offre de soin et la prévention[10]. Un problème de reconnaissance de la discipline subsiste.

Au même titre que la pédopsychiatrie pour les enfants, le développement d'une filière de géronto-psychiatrie prend tout son sens, même si nous l'avons vu, cette spécialité souffre d'un certain manque d'attractivité.

Cela peut s'expliquer par le fait qu'en France, aucune formation initiale spécialisée dans la psychiatrie des personnes âgées n'existe, à l'inverse d'autres pays européens. Seul un diplôme universitaire de géronto-psychiatrie permet à des professionnels (médecins généralistes, gériatres, psychiatres ou autres spécialistes concernés par la thématique), de se spécialiser dans les troubles psychiatriques des personnes âgées. Le métier de géronto-psychiatre en tant que tel n'existe pas.
Longtemps, les professionnels n'en ont pas trouvé l'utilité, une représentation négative de la vieillesse étant prédominante dans notre pays. Effectivement, les personnes âgées, qui plus est atteintes de troubles mentaux, restent encore aujourd'hui stigmatisées, représentant la souffrance, la fin de vie, la perte de contrôle et plus généralement des pertes économiques. C'est souvent l'aspect négatif de la vieillesse qui ressort plus que l'expérience et la richesse qu'elle apporte.

Pour autant, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), de son côté, insiste sur le fait que les troubles mentaux représentent 3/5ème des sources d'incapacité liée au vieillissement et sont parmi les premières causes de morbidité des personnes âgées. Elle insiste sur le besoin d'une prise en charge adaptée et précoce car les troubles mentaux des personnes âgées entraînent des conséquences directes psychologiques, cognitives, somatiques et sociales, un risque suicidaire accru et une évolution précipitée vers la démence[11].

[10] CHARAZAC P., 2006, « Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard », *L'information psychiatrique* 5/2006, Volume 82, pp.383-387
[11] www.who.int

Ainsi, l'apparition de nouveaux besoins, avec notamment le vieillissement de la population, pousse le secteur à envisager une meilleure prise en charge des patients âgés atteints de troubles psychiatriques, qu'ils soient cognitifs ou comportementaux. Autant les psychiatres que les gériatres ont décidé de privilégier une intervention coordonnée de leurs deux spécialités et cesser de « se renvoyer la balle » afin de proposer une offre de soins de qualité aux aînés.

1.1.2 La prise en compte de nouveaux besoins d'une population vieillissante.

Un constat qui ne peut aujourd'hui être nié est le vieillissement de la population. Il apparaît au niveau des problématiques sociales (paiement des retraites, prise en charge de la dépendance…) mais également économiques (développement d'une Silver Economy).

Cette évolution démographique implique une réflexion en termes de prise en charge médicale d'un point de vue somatique (croissance importante des maladies chroniques par exemple) mais également d'un point de vue psychiatrique. Un rapport de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l ' évaluation et des statistiques) en 2006 indique en effet que 4 à 5% des personnes âgées de plus de 75 ans souffrent de pathologies psychiatriques et que 35 à 40% des plus de 75 ans présentent une souffrance psychologique. Ces chiffres ne permettent plus d'occulter cette problématique et *« le développement d'une filière complète, fluide et dimensionnée en termes de psychiatrie est un réel besoin* »[12].

Le lien entre le volet somatique et le volet psychiatrique doit être permanent dans l'accompagnement des personnes âgées car les problèmes psychiques et somatiques deviennent indissociables avec l'âge dont certaines pathologies liées au vieillissement telles que la cataracte, la DMLA, la malnutrition, les troubles de l'audition, la fonte musculaire[13]… La relation interprofessionnelle créée par la géronto-psychiatrie entre les gériatres et les psychiatres doit permettre cet accompagnement complet et de qualité.

Il faudra pour autant rester vigilant à la prise en charge individualisée des patients alors qu'on parle communément des personnes âgées comme d'une seule et même entité. Les professionnels devront faire attention à « *ne pas parler d'un seul et unique groupe de patients homogènes* ». Une différence doit être faite entre « *les patients psychotiques qui ont vieilli et les patients avec une affection apparue avec la vieillesse* » [14]. On peut même

[12] LUSSIER MD, PACCALIN M, 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », *Revue hospitalière de France,* n°527, p.30

[13] LEFRANCOIS P., 2013, « Une discipline en développement : la gérontopsychiatrie », *Géroscopie*, n°39, [visité le 29/12/2014], disponible sur internet : www.geroscopie.fr

[14] CHARAZAC P., 2006, « Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard », *L'information psychiatrique* 5/2006, Volume 82, pp.383-387

aller plus loin en décrivant les trois types de situation auxquelles la géronto-psychiatrie peut s'intéresser : les patients vieillissants hébergés en psychiatrie depuis de nombreuses années (une réflexion globale a lieu actuellement en France sur l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et la création d'unité spécifique en EHPAD) ; les personnes âgées atteintes d'une affection psychiatrique non démentielle (états dépressifs, anxiété, syndrome de glissement, troubles comportementaux) ; et les personnes âgées atteintes d'une pathologie psychiatrique neuro-dégénérative (maladie d'Alzheimer et troubles apparentés) nécessitant une prise en charge adaptée au long cours. La spécificité de chacun devra donc être respectée et conditionner le meilleur accompagnement psychiatrique pour chaque personne. Dans ce travail, nous nous attarderons principalement sur les personnes âgées atteintes d'une affection psychiatrique non démentielle.

D'autant qu'une autre particularité de l'accompagnement des personnes âgées est leur fragilité due notamment à l'accroissement de leur dépendance et comme vu plus haut au développement de problèmes physiques liés au vieillissement. Cette fragilité induit de fait une limitation des capacités d'adaptation ou d'anticipation au stress ou au changement de l'environnement. L'entrée en établissement est très souvent source d'angoisse et de mal-être. Le respect des habitudes de vie des personnes autant que de leur environnement doit faire partie de la base de leur accompagnement.

1.1.3 L'accompagnement des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques en établissement

Aujourd'hui, le maintien à domicile est privilégié et fait partie des priorités politiques, notamment du projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement. Les français vivent plus vieux et restent le plus longtemps possible chez eux grâce au développement de nombreux services à domicile. L'entrée en institution se fait donc de plus en plus tard et souvent alors que la dépendance est déjà bien installée (de moins en moins de GIR 5 et 6 font partie des effectifs d'EHPAD), qu'elle soit physique ou psychique.

Ce sont d'ailleurs souvent l'aggravation des troubles psychiques qui accompagnent l'entrée en établissement, si ce n'est une pathologie définie telle que la maladie d'Alzheimer ou autres maladies neuro-dégénératives. Pourtant « *l'accès aux structures médico-sociales pour les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques, même bien équilibrés dans leur traitement, est laborieux* »[15].

[15] CORDIER C, MORET A., 2014, « L'offre de soins géronto-psychiatrique, à fort potentiel, apparaît largement perfectible », *HOSPIMEDIA*, Dossier Psychiatrie. Partie 1 : une offre à développer, spécialiser ou encore diversifier dans chacune des régions, disponible sur internet : www.hospimedia.fr, publié le 04/02/2014.

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) voient donc depuis quelques années leur population changer et les raisons des demandes d'admission évoluer. Les professionnels de ces structures doivent être formés et qualifiés pour accompagner des personnes, certes âgées, mais également atteintes de troubles d'ordre psychiatrique plus ou moins développés.

JP CLÉMENT, dans son ouvrage « Psychiatrie du sujet âgé » cité plus haut, consacre un chapitre entier aux troubles du comportement en institution. Car si ce ne sont les raisons de l'entrée en établissement, il n'est pas rare que des troubles comportementaux se développent dans les mois suivants l'admission. Il précise ainsi que *« le trouble comportemental de la personne âgée fait partie intégrante du quotidien dans les institutions gériatriques (…) et que les difficultés d'adaptation en institution et certaines pathologies psychiatriques, voire somatiques, peuvent générer des troubles du comportement* »[16].

Une enquête de la DREES de 2006[17] présente dans son volet « pathologies et morbidité » les résultats d'une enquête réalisée dans les EHPA par un médecin en 2003. Même si cette enquête date de plus de dix ans aujourd'hui, on peut aisément penser qu'elle décrit une tendance toujours d'actualité. D'après cette étude, 85% des résidents d'établissements présentent une affection neuropsychiatrique, notamment des états dépressifs ou des syndromes démentiels.

Les différentes pathologies neuropsychiatriques identifiées dans cette enquête sont les suivantes : malaises, vertiges, pertes de connaissance, accidents vasculaires cérébraux, épilepsie, syndrome parkinsonien, syndrome confusionnel, troubles du comportement, états dépressifs, états anxieux, psychose, délire, hallucinations, syndrome démentiel, éthylisme… Dans son enquête, la DREES indique néanmoins que trois pathologies sont les plus fréquentes en établissement : les états dépressifs (33% des résidents), le syndrome démentiel (1/3 des résidents) et les troubles du comportement (28% en maison de retraite).

La diversité de ces pathologies montre à quel point les professionnels travaillant dans les EHPAD se trouvent confrontés au quotidien à des situations dont ils ne maîtrisent ni les causes ni les manifestations. Il semble donc essentiel que « *tous les professionnels intervenant en EHPAD connaissent la spécificité de la personne âgée, tant sur le plan psychologique que médical ou comportemental* »[18].

[16] CLÉMENT JP, LEGER JM, WERTHEIMER J., 1999, *Psychiatrie du sujet âgé*, Paris : Edition Flammarion Médecine-Sciences, 620 pages

[17] Etudes DREES : les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, *Revue Etudes et Résultats*, n°494, Juin 2006

[18] CLÉMENT JP, LEGER JM, WERTHEIMER J., 1999, *Psychiatrie du sujet âgé*, Paris : Edition Flammarion Médecine-Sciences, 620 pages, p.304

La formation représente le passage incontournable pour chacun des professionnels mais ils devront également pouvoir être soutenus dans leurs pratiques par des professionnels du secteur psychiatrique. Le rôle des équipes mobiles de géronto-psychiatrie (EMGP) est donc essentiel. Ce n'est pas un hasard si « *les équipes mobiles de géronto-psychiatrie, adossées à des établissement de santé et conventionnant avec les EHPAD, sont les dispositifs les plus plébiscités dans les PRS (projets régionaux de santé) pour pallier des besoins* »[19]. Les EMGP sont constituées d'infirmières, souvent spécialisées en psychiatrie, travaillant pour un établissement public sanitaire de santé mentale (EPSM). Elles sont issues des consultations-liaison nées dans les années 1930 du mouvement de désinstitutionnalisation du secteur psychiatrique qui a vu apparaître de nouvelles formes d'intervention psychiatrique extra-hospitalières[20].

Elles permettent ainsi l'interface entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social accueillant des personnes âgées suivies en psychiatrie. Rassurantes pour ces dernières en privilégiant l'offre de proximité, les EMGP ont un rôle prépondérant dans l'accompagnement des professionnels qui trouvent avec ces infirmières un écho à leurs interrogations et demandes de soutien dans les accompagnements difficiles.

Cette collaboration issue de contractualisation entre des EHPAD et des établissements publics de santé permet de respecter au mieux le parcours de soins du résident. L'accompagnement géronto-psychiatrique, qui permet « *d'amortir l'effet d'un placement en institution* »[21], est ainsi assuré de manière pluridisciplinaire par des psychiatres, des gériatres, le personnel soignant des établissements, les infirmiers spécialisés ou de l'établissement. Cela permet de toujours gagner en qualité de l'accompagnement et à l'établissement d'être ouvert aux nouveaux modes de prise en charge, spécifiques aux troubles psychiatriques.

1.2 L'avènement de la télé-médecine au sein des services de soins français

Le secteur médical a toujours été mu par des innovations de tous ordres, les nouvelles technologies en faisant indéniablement partie. Il me semblait intéressant de reprendre ici l'évolution des NTIC au sein des services de soins, avec un focus sur la télémédecine avant de définir plus précisément la place du dispositif de télémédecine dans les établissements médico-sociaux.

[19] CORDIER C, MORET A., 2014, « L'offre de soins géronto-psychiatrique, à fort potentiel, apparaît largement perfectible », *HOSPIMEDIA*, Dossier Psychiatrie. Partie 1 : une offre à développer, spécialiser ou encore diversifier dans chacune des régions, disponible sur internet : www.hospimedia.fr, publié le 04/02/2014.

[20] CLÉMENT JP, LEGER JM, WERTHEIMER J., 1999, *Psychiatrie du sujet âgé*, Paris : Edition Flammarion Médecine-Sciences, 620 pages, p.531

[21] CHARAZAC P., 2006, « Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard », *L'information psychiatrique* 5/2006, Volume 82, pp.383-387

1.2.1 L'arrivée des NTIC dans le secteur de la santé

Quand on imagine la réalité du quotidien d'un médecin que ce soit en hôpital ou en cabinet, c'est d'abord de relations dont on parle, d'échanges sur des symptômes, de consultations. L'image du praticien connecté à son ordinateur n'est pas celle qui nous vient en première intention. Et pourtant aujourd'hui, tous les médecins se servent de l'informatique, les ordonnances ne sont plus que très rarement manuscrites, les feuilles de soins se font rares depuis la création de la Carte vitale.

L'ordinateur est devenu l'un des outils indispensables à la pratique médicale. Mais avant lui, les services de soins ont vu leur pratique évoluer au rythme des diverses innovations technologiques, en termes de matériel surtout. Ainsi les dispositifs médicaux tels que les scanners, les IRM, les diverses méthodes d'investigation ou opératoires, ont permis à la médecine de toujours s'améliorer en proposant plus de précisions dans l'acte médical et plus de sécurité pour le patient.

Or avec l'arrivée des nouvelles technologies, dites de l'information et de la communication (internet, la Carte Vitale, le dossier médical partagé…), de nouvelles questions se posent sur le terrain, qu'elles soient d'ordre éthique, juridique ou organisationnel. Une frilosité est perçue tant du côté des professionnels que des patients. La crainte de l'hyper-surveillance est présente ainsi que celle de ne plus maîtriser des données confidentielles qui nous appartiennent.

Le 1er article de la loi Informatique et Libertés permet pourtant de sécuriser ces craintes souvent justifiées, « l'informatique doit être au service de chaque citoyen », « elle ne doit porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques ». Les données ne peuvent être utilisées à des fins sortant du cadre de leur mise en œuvre.

Il faut ainsi voir l'arrivée des NTIC comme une valeur ajoutée dans un secteur qui ne cesse d'évoluer pour garantir la qualité des soins et le respect des droits des patients.

Un autre aspect des réticences au développement des NTIC dans le secteur de la santé est justement la crainte de la déshumanisation, de la perte de relation entre le patient et son médecin. « *Aucune technologie ne peut venir remplacer la relation humaine, interpersonnelle et singulière qui doit rester le fondement même de l'exercice de la médecine* »[22]. Les médecins doivent trouver le juste équilibre entre les pratiques admises et connues de la médecine et ces innovations.

Les NTIC peuvent prétendre participer au relèvement des défis dans le domaine de la santé comme l'amélioration d'un accès équitable aux soins, à leur coordination, à leur qualité en termes d'expertises.

[22] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Janvier 2009, « Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins », *Livre Blanc sur la télémédecine*, 22 pages, p.1, disponible sur internet : http://www.conseil-national.medecin.fr

Elles doivent être considérées comme un outil supplémentaire au service de la médecine dont les besoins et les nécessités doivent pouvoir être justifiés. Autant les professionnels que les patients ont besoin d'être en confiance et ne pas se sentir cobayes d'expérimentations 2.0 pour se saisir de ces nouveaux outils. « *La technologie ne doit jamais être perçue comme intrusive, elle doit être acceptée* »[23].

1.2.2 La télémédecine : le dernier né parmi les nouveaux dispositifs technologiques

La télémédecine, bien qu'étant un dispositif récent, se trouve aujourd'hui légitimé par quelques textes juridiques. Avant d'en reprendre ici la chronologie afin de comprendre comment la télémédecine a commencé à intégrer les pratiques médicales en France, nous pouvons voir que ce dispositif permet de répondre à des besoins réels issus d'une réalité de terrain.

La télémédecine répond à des besoins évidents en termes de désertification médicale ou d'amélioration de la qualité des soins. Ses enjeux principaux pourraient être ainsi définis[24] :

- Réduire au maximum certaines inégalités d'accès aux soins (usagers en situation d'isolement : territoires isolés, personnes détenues)
- Donner une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (maladies chroniques, poly-pathologies liées au vieillissement)
- Démographie des professionnels de santé (inégale répartition sur le territoire)
- Défis économiques (contraintes budgétaires)

C'est la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui pour la première fois fait apparaître la notion de télémédecine et ainsi sa reconnaissance officielle. Elle la définit comme suit : « *l'acte de télémédecine est un acte médical à part entière et doit par conséquent être effectué dans le strict respect des règles de déontologie médicale* ». Pour autant cette loi ne permet pas une assise juridique suffisante au développement de la télémédecine[25]. Nous noterons tout de même que la notion de déontologie y est inscrite. Cela a son importance car les questions d'ordre éthique sont régulièrement associées à la télémédecine.

En janvier 2009, le Conseil National de l'ordre des médecins se saisit de cette question dans son « Livre blanc sur la télémédecine » en y insérant quelques préconisations qui

[23] « Le questionnement éthique », *Gérontotechnologies*, 2009, [visité le 8/12/2014], disponible sur internet : http://gerontotechnologies.blogspot.fr/2009/09/le-questionnement-ethique.html

[24] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, « La télémédecine : les enjeux », 23 mai 2013, [visité le 19/12/2104], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr.

[25] HAUTE AUTORITE DE SANTE, Juin 2011, « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation », *Note de cadrage HAS,* [visité le 24/12/2014] disponible sur internet : http://www.has-sante.fr

leur semblent incontournables parmi lesquelles les modalités de recueil du consentement, les responsabilités respectives des intervenants ou encore les conditions de traçabilité des actes et des documents.

La même année, la loi HPST du 21 juillet 2009 et son article 78 représentent une rupture majeure concernant la télémédecine. Il ne s'agit plus ici de réguler son usage mais de dédier son déploiement à des intérêts de santé publique. L'article L.6316-1 qui définit la télémédecine est ajouté au Code de la Santé Publique : « *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 prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients* »[26].

Cette consolidation de la définition de la télémédecine par la loi HPST a ainsi servi de base à la définition des actes de télémédecine en tant que tels qui seront précisés par le décret du 19 octobre 2010. Cinq actes de télémédecine dont donc définis dans le Code de la Santé Publique :

- La téléconsultation : c'est une consultation médicale à distance réalisée en présence du patient
- La téléexpertise : c'est une aide à la décision médicale apportée à un médecin par un autre médecin situé à distance.
- La télésurveillance : c'est un acte médical qui permet de surveiller un patient à distance.
- La téléassistance : un médecin assiste à distance un autre médecin ou un professionnel de santé qui réalise un acte de soins ou d'imagerie.
- La réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale.

Le décret précise également les conditions de mise en œuvre de ces actes[27], « *Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne* », « *Chaque acte de télémédecine est réalisé dans des conditions garantissant l'authentification des professionnels de santé intervenant dans l'acte, l'identification du patient et l'accès des professionnels de santé aux données médicales du patient nécessaires à la réalisation de l'acte* ».

[26] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Article L.6316-1 créé par la loi du 21 juillet 2009-art.78 [en ligne], Code de la Santé Publique, disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr

[27] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [en ligne], Journal officiel, JORF n°0245, publié le 21 octobre 2010, disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr

Je ne reprendrai pas ici de manière exhaustive les termes du décret mais nous pouvons d'ores et déjà noter que l'intérêt et la sécurité concernant le patient prévalent. Quant aux actes de télémédecine qui nous intéresserons plus avant dans la suite de ce mémoire, ce sont les actes de téléconsultation et de téléexpertise. Les autres ne s'appliquant pas de manière évidente à la télé-psychiatrie.
A la suite de ce décret, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) se penche sur un plan national de déploiement de la télémédecine[28] avec la mise en place d'un comité de pilotage national, la définition de cinq chantiers prioritaires et la mise à disposition d'outils pour leur mise en œuvre.

Les questions de mise en œuvre, d'éthique, de responsabilité juridique ayant été traitées, une question reste pourtant toujours en suspend, c'est celle du financement. Même si le décret du 19 octobre 2010 prévoit des financements par dotation des Migac ou par les FIR des ARS, cela reste imprécis sur les modalités et également la rémunération à long terme du fonctionnement de la télémédecine (infrastructures, équipements, formation, maintenance, cadre de rémunération de l'activité…).
Ainsi la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2014 prévoit une expérimentation du financement d'acte de télémédecine par la définition de tarifs préfigurateurs et incitatifs et ce dans neuf régions pilotes[29]. Seront inclues les prises en charge en structures médico-sociales et EHPAD. Les résultats sont attendus pour la fin d'année 2016.

1.2.3 La télémédecine dans les établissements médico-sociaux

Après cette définition précise du dispositif de télémédecine, tant en termes législatifs que du côté de ses enjeux, je souhaite désormais apporter quelques précisions sur la mise en place de la télémédecine dans les établissements médico-sociaux, et en particulier les EHPAD.
La télémédecine en EHPAD peut toucher de nombreuses spécialités médicales, notamment celles en lien avec les pathologies fréquentes chez les personnes âgées : la gériatrie, la cardiologie, la diabétologie, la dermatologie (essentiellement le traitement des plaies, des escarres), la psychiatrie ou encore la neurologie.
Alors que « *la plupart des informations disponibles sur la télémédecine sont tournées vers le monde sanitaire et ne répondent pas aux problématiques des responsables d'EHPAD telles que le budget, l'organisation à mettre en place, la manière de mener la conduite des*

[28] MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES, « La télémédecine : les enjeux », 23 mai 2013, [visité le 19/12/2104], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr.
[29] MARIN P., Juin 2014, « La télémédecine : une voie actuelle et d'avenir en matière de prise en charge en santé », *Les Cahiers de la fonction publique,* n°344, pp.71-73

changements…[30] », la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), dans son Plan national de déploiement de la télémédecine[31], reprend comme une priorité de ses cinq chantiers prioritaires les « soins en structure médico-sociale ou HAD ».

Dans ce plan, la DGOS fait le constat que les résidents en EHPAD sont souvent confrontés à des hospitalisations provoquant la dégradation de leur état, elle-même cause de chutes, de perte de poids… Ainsi l'utilisation de la télémédecine en EHPAD pourrait agir en faveur de la réduction des facteurs aggravant la dépendance et la fragilité.

Nous sommes bien ici dans un objectif de prise en soins de qualité pour améliorer la qualité de vie des résidents tout en gardant à l'esprit que la télémédecine peut aussi répondre aux besoins des professionnels des établissements. Le Dr ESPINOZA, pionnier de la télémédecine sur le territoire, précisait dans un article de presse[32] que « *l'offre des actes de télémédecine doit être définie à partir des besoins des établissements* » et en nommant le projet TELEHPAD dans les Côtes d'Armor, il insiste sur le fait qu'il faut « *tenir compte des besoins exprimés par les médecins généralistes locaux* ».

Le Dr ESPINOZA est par ailleurs le coordonnateur du réseau Télégéria qui est un réseau de télémédecine entre l'hôpital européen Georges-Pompidou et des établissements gériatriques. Lancé en 2006, ce réseau permet de donner des avis spécialisés en visioconférence pour des patients hospitalisés en gériatrie.

La télémédecine est donc bien un dispositif permettant à des professionnels de se mettre en lien et de travailler ensemble avec l'objectif d'améliorer le parcours de soins du patient. Elle ne doit pas être un outil imposé de manière unilatérale par un secteur sanitaire, trop souvent débordé par les demandes de soins.

Le résident de l'EHPAD est au cœur du dispositif qui doit être construit autour de ses besoins et attentes. Le confort et le bien-être des résidents comme bénéfices importants de la télémédecine sont à prendre en compte : moins de déplacements, d'hospitalisation, de changement des habitudes, d'horaires, de style de cuisine, de personnel engageant des dangers tant physiques que psychologiques.

Il faudra pour cela veiller à un accompagnement respectueux des résidents à cette nouvelle pratique ainsi qu'à celui des soignants présents dans les établissements, qui ne sont pas toujours enclin à utiliser l'outil informatique. Une vigilance toute particulière devra être portée sur le fait de ne pas remplacer les hommes par des machines et ainsi engager une dérive vers la déshumanisation.

[30] SLM, Avril-Mai 2014, « Télémédecine : le trait d'union Hôpital-EHPAD », *Décision Santé,* n°296, p.23

[31] DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, Mars 2012, « Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine / 4.3.5 Chantier 'Soins en structure médico-sociales ou HAD'», *Plan national de déploiement de la TM*, 93 pages, p.76

[32] SLM, Avril-Mai 2014, « Télémédecine : le trait d'union Hôpital-EHPAD », *Décision Santé,* n°296, p.23

1.3 Plus marginale, la télé-psychiatrie commence à s'imposer dans le paysage des accompagnements psychiatriques en France

Comme nous l'avons vu, la télémédecine peut être pratiquée via différents actes qui ont été définis par décret. Chaque spécialité médicale peut à son tour se saisir et adapter ce dispositif selon ses propres contraintes et besoins. J'ai choisi pour ce travail de recherche de centrer mes réflexions sur la télé-psychiatrie que je vais définir ci-après avant d'en exploiter des contours plus précis par le biais d'expériences réalisés dans des établissements médico-sociaux sur le territoire national.

1.3.1 La naissance et la mise en oeuvre de la télé-psychiatrie

Avant de revenir plus précisément sur la genèse de la télé-psychiatrie, il me semble essentiel de rappeler que cette dernière n'est pas un dispositif différent de la télémédecine mais fait partie intégrante de celui-ci et dépend ainsi des mêmes textes législatifs et réglementaires.

Par ailleurs, il est important de noter que la télé-psychiatrie n'en est pas à ses balbutiements, du moins d'un point de vue international. Effectivement, la première expérience de télémédecine au sens large était une téléconsultation de psychiatrie aux Etats-Unis en 1960 réalisée par le « Nebraska Psychiatric Institute ». C'est donc la télé-psychiatrie qui est à l'origine du développement de la télémédecine.

Au départ, l'objectif était de pouvoir pallier le problème des très grandes étendues sur le territoire américain et ainsi répondre à des besoins d'accompagnement psychiatrique même dans les territoires reculés. Ce n'est pas un hasard si la télé-psychiatrie est une pratique banalisée dans les pays aux vastes territoires comme l'Australie, le Canada et donc les Etats-Unis.

Les premières expérimentations ont été très concluantes et c'est de cette manière que s'est développée la télémédecine en lien avec l'essor informatique et les besoins de la NASA dans les années 1970/1980. En 1998, l'American Psychiatric Association (APA) a défini de son côté l'intérêt de la télé-psychiatrie[33], rendant ainsi plus tangible une notion un peu abstraite : « *renforcer l'accès aux soins des populations géographiquement éloignées, dans un contexte de pénurie de praticiens* ». L'APA a souligné également « *l'intérêt d'une technologie adaptable à une grande variété de pathologies et de besoins* ».

[33] LASBORDES P., Octobre 2009, « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être / fiche P11 – Les troubles psychiatriques », *Plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France*, 247 pages, p. 171

En France, c'est dans les années 1980 que la télémédecine a commencé à intéresser certains professionnels et chercheurs. En 1989 était ainsi créé l'Institut européen de télémédecine à Toulouse.

La psychiatrie comme nous l'avons vu précédemment est un secteur qui souffre de carences en praticiens. Le développement de la télé-psychiatrie peut être un outil pour participer à la réorganisation du secteur et pallier ce problème.
Par ailleurs, et au-delà du fait que la télé-psychiatrie permette un accompagnement de personnes difficiles d'accès (désertification médicale, enclavement géographique, handicap), elle a également pour fonction « *l'intégration de services permettant une meilleure articulation entre médecins généralistes et psychiatres, entre diverses structures de soins, ou de soins et médico-sociales et sociales* »[34]. Et cette notion ressort de manière forte dans les entretiens que j'ai pu mener avec les infirmiers de l'EHPAD mais également le Docteur D., psychiatre et coordonnatrice du dispositif au CHGR de Rennes. La télé-psychiatrie permet de créer du lien entre les professionnels et assurer une reconnaissance des professionnels en établissement.

Concernant la question du financement, à l'image de la télémédecine en général, la question n'est à ce jour pas tranchée et fait également partie des expérimentations dans les régions pilotes rendues possibles par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2014. Mais comme le soulignait Madame Q., chef du projet de télémédecine au GCS e-Santé Bretagne, lors de notre entrevue « *en télé-psychiatrie, le modèle médico-économique se dessine parce qu'on n'est pas sur une tarification à l'acte. A budget constant, sans financement supplémentaire actuel, pour moi, la psychiatrie, c'est le domaine qui peut faire la démonstration de la viabilité économique de la télémédecine* »[35].

Forte de son histoire, de ses intérêts développés par de nombreux chercheurs et de son intérêt médico-économique, la télé-psychiatrie est pourtant confrontée à de nombreuses réticences et critiques.

1.3.2 Les questions d'ordre éthique soulevées par la télé-psychiatrie : les représentations particulières concernant l'utilisation des NTIC pour cette discipline

Même si les politiques s'y intéressent et que les médias commencent à parler des nouvelles technologies dont la télémédecine dans le secteur de la santé et du médico-social, ce dispositif souffre tout de même d'un manque de notoriété. La télé-psychiatrie,

[34] Ibid.
[35] Entretien n°1 avec Madame Q., chef de projet télémédecine du GCS-esanté Bretagne

quant à elle, n'est pas en reste en termes de questionnements et de doutes sur sa mise en œuvre.

La psychiatrie est considérée comme une spécialité basée sur le lien, la rencontre, l'échange entre le médecin psychiatre et son patient. Les critiques de déshumanisation sont donc fréquentes questionnant sur la faisabilité de construire un lien thérapeutique sans être présent physiquement et sur le fait que le face-à-face soit équivalent à une téléconsultation. Ainsi de nombreux médecins psychiatres sont réticents à la mise en place de la télé-psychiatrie, craignant la dénaturation de la relation entre le patient et le praticien. Madame Q. du GCS e-Santé, indiquait d'ailleurs lors de notre entretien que « *certains acteurs sont très favorables à la télémédecine et d'autres courants plus orientés sur la psychanalyse le sont beaucoup moins, considérant que la médiation d'une relation de thérapie ou de soins par un écran ne constitue pas les conditions favorables* »[36].

Ce sont majoritairement ces questions d'ordre éthique qui alimentent le débat contre la télé-psychiatrie.

Le Docteur D., psychiatre, mentionne les réticences qu'elle a pu entendre sur « *le fait de placer un patient avec des troubles psychiatriques devant une caméra. Certains disent que si le MMS*[37] *est trop bas, éthiquement, on ne peut pas vraiment lui demander son accord et être sûrs qu'il ait bien compris la démarche. C'est un sujet compliqué* »[38].

Les retours lors de ces entretiens réalisés pendant la phase de recueil de données vont dans le sens de la littérature de presse existante, notamment un article des Cahiers hospitaliers de février 2007 : « *les obstacles sont de plus en plus faiblement techniques ou matériels et de coût. Mais ils sont principalement culturels, déontologiques, juridiques, cliniques et idéologiques. Le caractère spécifique et déterminant du dialogue singulier en psychiatrie laisse peu de place à l'hypothèse de la présence non physique d'un praticien consultant* »[39].

Les autres critiques portent sur la notion de responsabilité. Là encore, le Docteur D. répond que cette dernière est la même que ce soit en consultation ou en téléconsultation, notamment sur la mise en place d'un traitement ou d'un changement de traitement. Il est également important de prendre en compte que les psychiatres ne réalisent des téléconsultations qu'avec des patients qu'ils ont déjà rencontrés dans leur cabinet.

Les acuités sensorielles sont également abordées et ont toute leur importance dans la réflexion qui nous concerne, notamment l'ouïe et la vue. Effectivement de quelle manière

[36] Ibid.
[37] MMS = Mini Mental Status. Test qui permet au clinicien une évaluation rapide du fonctionnement cognitif
[38] Entretien n° 2 avec Madame D., médecin psychiatre au CHGR, coordonnateur du projet AGETELEPSY
[39] MASSE G., FRAPPIER A., KANNAS S., février 2007, « Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française », *Les Cahiers hospitaliers*, n°231, pp.19-23, [visité le 15/01/2015], disponible sur internet : www.cairn.info

est-il possible de rendre efficiente une consultation en télé-psychiatrie avec un résident souffrant de problèmes d'audition ? Les médecins pratiquant ces téléconsultations prennent évidemment en compte ces problématiques lors du choix de leurs patients suivis.

Enfin, les résistances des professionnels portent également sur la crainte que les administrations contournent la pénurie de praticiens en mettant en place ce dispositif mais aussi sur la méconnaissance de l'outil, l'absence de maîtrise des nouvelles technologies et la sécurisation des données. Un infirmier de l'EHPAD se questionnait sur le fait que les bases de données sur lesquelles vont être stockés les dossiers des patients puissent être piratés ou que le film de la consultation échappe au flux internet en temps réel (car les téléconsultations ne sont ni enregistrées ni conservées). Le fait de professionnaliser la mise en œuvre de la télé-psychiatrie en passant par des plateformes régionales permet pourtant de sécuriser ces données et de monter en compétences comparé aux anciennes méthodes utilisées (échanges de mail entre professionnels, appels téléphoniques…).

Malgré ces différentes réserves et questionnements, inévitables lors de la mise en place de dispositifs innovants et peu connus, de nombreuses expériences de terrain ont permis d'obtenir des retours d'expérience et ainsi améliorer encore le dispositif.

1.3.3 Retours d'expérience sur l'organisation de dispositifs de télé-psychiatrie

A chaque crainte ou résistance envers la télé-psychiatrie, des réponses concrètes peuvent être apportées par des professionnels de terrain, pionniers du dispositif, l'ayant mis en œuvre.

A contrario des pays avec de larges territoires vus ci-dessus, la France a elle du mal à s'approprier le dispositif. Et c'est grâce à quelques uns de ces pionniers qu'elle a pu se développer sur le territoire national, notamment dans les établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées. La télé-psychiatrie peut ainsi se mettre au service de la géronto-psychiatrie qui est une spécialité nécessitant des outils supplémentaires et innovants afin de pouvoir répondre à la demande croissante des institutions.

Sans évoquer concrètement la télé-psychiatrie, la circulaire DHOS 02/2007/176 du 30 avril 2007 : « *encourage au développement de l'offre de soins sur le mode expérimental pour la prise en charge des troubles psychopathologiques du sujet âgé* »[40]. La télé-psychiatrie rentre donc complètement dans ce cadre.

Sur le plan national, c'est le Centre Hospitalier du Rouvray (Seine-Maritime) qui dès le début des années 2000 a commencé des expérimentations après avoir fait des constats

[40] LUSSIER MD, PACCALIN M, 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », *Revue hospitalière de France,* n°527, pp.30-31

sur les limites de l'accompagnement géronto-psychiatrique proposé : un nombre de patients et de consultations spécialisées en augmentation, des moyens qui restent limités et un territoire géographique vaste et rural. Le Docteur D., médecin-psychiatre au CHGR, était à l'époque interne dans cet établissement dans le service du Docteur PETIT et elle n'hésite pas à nous confier qu'en « *2004/2005, on trouvait ça un peu farfelu la télémédecine. Le CH du Rouvray, avec notamment la reprise du projet par le Docteur HAOUZIR, était le pionnier sur la géronto-psychiatrie en télémédecine* »[41].

Le CH du Rouvray coordonne un dispositif régional de télémédecine pour la gériatrie et la psychiatrie avec un objectif principal de lutte contre les problèmes posés par la désertification médicale[42]. Les patients sont pris en charge dans une soixantaine de structures médico-sociales (EHPAD ou handicap).

Le Docteur D. qui est allée sur place évaluer le dispositif avant la mise en place sur le bassin rennais, peut dire qu'il y a « *un gain de temps au niveau médical, moins de déplacements. Et puis comme ils connaissent bien les structures, bien les équipes, c'est bien huilé. Le fait qu'il y ait moins de présence infirmière ou médicale n'est pas vécu comme un abandon. Ils savent qu'il y a quand même une prise en charge et les choses ont été faites progressivement* »[43]. Et pourtant, Madame M., directrice de l'EHPAD d'A. en Seine-Maritime et faisant partie du dispositif, se souvient que c'était là la principale crainte des équipes : « *ne plus voir sur le terrain les équipes de psychiatrie. Finalement, les téléconsultations se sont greffées de manière complémentaire à l'accompagnement et n'ont pas remplacé l'existant. Elles sont un réel soutien pour les équipes, notamment en cas de crise* »[44].

Depuis maintenant dix ans, la télé-psychiatrie fait donc partie intégrante de la prise en charge géronto-psychiatrique en Seine-Maritime et les retours vont au-delà des espérances initiales, poussant les équipes qu'elles soient du CH du Rouvray ou dans les établissements à persévérer dans leur engagement. Effectivement, le Dr HAOUZIR dans un article paru en 2013[45] indiquait que « *la télé-psychiatrie est un progrès médical qui ne peut être ignoré par les praticiens et que les patients sont satisfaits de la souplesse et de la simplicité du dispositif* ». Cet article soulignait également le fait que « *les téléconsultations améliorent le recours aux soins psychiatriques pour les personnes âgées et évitent des déplacements géographiques aux praticiens mais aussi aux patients âgés et fragiles* ».

---

[41] Entretien n° 2 avec Madame D., médecin psychiatre au CHGR, coordonnateur du projet AGETELEPSY

[42] « Rouvray : des consultations de psychiatrie à distance », 11 avril 2013, *Interactions, le magazine de la FHF,* n°13, [visité le 29/12/2014], disponible sur internet : http://www.fhf.fr/Actualites/Autonomie/Initiatives-medico-sociales/Rouvray-Des-consultations-de-psychiatrie-a-distance

[43] Entretien n° 2 avec Madame D., médecin psychiatre au CHGR, coordonnateur du projet AGETELEPSY

[44] Entretien n°11 avec Madame M., directrice de l'EHPAD d'A.

[45] ALLERMOZ E., Septembre 2013, « Des téléconsultations en psychiatrie », *Médecins,* n°31, p.8

D'autres projets ont depuis vu le jour sur le territoire breton. Ainsi le dispositif Telehpad dans les Côtes d'Armor (22) développe également la télé-psychiatrie ainsi que l'EPSM de Saint-Avé dans le Morbihan (56). Ces projets à l'instar du projet développé au sein de l'EHPAD Les Jardins du Castel sont menés grâce au GCS-esanté Bretagne et la plateforme STERENN mise en place.

Dans les Côtes d'Armor, le dispositif Telehpad porté par la Mutualité française a permis de développer des salles de téléconsultations dans les EHPAD permettant ainsi aux résidents de ces établissements mais également à la population résidant en zone rurale de bénéficier à distance de consultations de spécialistes, dont des consultations psychiatriques. Une expérience qui a des retentissements positifs sur ce territoire à la ruralité importante.

Quant à l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Saint-Avé, établissement pionnier en termes de téléconsultation en Bretagne, sous la houlette du Docteur ROBIN, il a débuté la télé-psychiatrie avec le suivi pédo-psychiatrique des enfants à Belle-île puis sa première expérience de télé-psychiatrie avec le secteur médico-social date de 2007 avec une Maison d'Accueil Spécialisé (secteur du handicap). Enfin les expérimentations se sont développées par le biais de réponse à des appels à projet de l'ARS Bretagne avec notamment une convention signée avec quatre EHPAD du secteur. Ce dispositif permet d'utiliser les moyens modernes de communication pour faciliter la proximité du soin et l'échange entre professionnels. Le docteur ROBIN, dans un article de la revue ANFH Bretagne indique que « *rapidement, l'interface technique est oubliée et malgré la distance, on préserve le relationnel* »[46].

Ces quelques retours d'expérience permettent de comprendre comment la télé-psychiatrie peut se mettre en place sur le terrain. Elle est le fruit d'un travail en commun entre des professionnels motivés, intéressés par cet outil et des administrations comme l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui par le biais d'appels à projet permet la réalisation concrète et aboutie de ces systèmes. Car avant de travailler avec le GCS sur une plateforme sécurisée, les acteurs de terrain ont souvent travaillé avec les moyens du bord pouvant être assimilés à du bricolage. Cela leur a pourtant permis d'être avancés en termes de pratique et ainsi de pouvoir venir nourrir le débat et le cahier des charges des réponses aux appels à projet.

Alors que sur le territoire qui nous intéresse aujourd'hui, le projet AGETELEPSY[47] est toujours dans la phase définie par l'appel à projet, le Docteur D., de son côté, réfléchissant aux éventuelles perspectives, ne souhaite pas cloisonner la pratique de la

[46] ROBIN D., 2015, « La télémédecine, le sujet vu par…», *L'événement formation, revue de l'ANFH,* n°64*, 4 pages, p.2.*

[47] Annexe 5 : Fiches d'identité – 3. Le projet AGETELEPSY, p.VIII

télé-psychiatrie mais bien engager un travail en lien avec d'autres projets et spécialités. « *On a tout intérêt à travailler ensemble avec les autres projets rennais de télémédecine pour assurer leur pérennisation (rien qu'en investissement matériel). Surtout qu'en télé-psychiatrie, on n'a pas forcément beaucoup de patients sur certains établissements. S'engager sur une prise en charge somatique permettrait de faire baisser les coûts* »[48].

Les constats réalisés sur le terrain permettent de manière générale d'apaiser les réticences et les craintes de tout un chacun concernant le dispositif de télé-psychiatrie. Pour autant, il ne faut pas occulter les difficultés existantes sur le terrain, en établissement médico-social ou sanitaire. La prochaine partie de mon mémoire va nous permettre, via l'étude précise de la mise en place de la télé-psychiatrie sur un établissement en particulier, l'EHPAD Les Jardins du Castel, d'analyser les constats réalisés suite à de l'observation ou la réalisation d'entretiens ciblés.

[48] Entretien n° 2 avec Madame D., médecin psychiatre au CHGR, coordonnateur du projet AGETELEPSY

2 La mise en place du dispositif de télé-psychiatrie au sein de l'EHPAD Les Jardins du Castel

Comme j'ai pu le développer plus avant dans l'introduction, cette thématique de l'intégration de la télé-psychiatrie en EHPAD m'a intéressée de part son caractère innovant, suite à mes premiers jours de stage à l'EHPAD Les Jardins du Castel. Il me semble donc important à ce stade de pouvoir définir de manière plus précise l'établissement, son organisation et ses valeurs avant de mettre en exergue la mise en place des téléconsultations et les constats réalisés lors de mon travail de recherche.

2.1 Présentation de l'établissement

L'EHPAD Les Jardins du Castel bénéficie d'une bonne réputation sur le secteur. Mues par des valeurs combinant autant l'éthique que la bienveillance et le respect du résident, les équipes travaillent de manière pluridisciplinaire avec pour objectif constant d'accompagner le résident le plus respectueusement possible. Une description succincte de l'établissement ainsi que de la population qu'il accueille et son organisation professionnelle nous permettra de mieux comprendre la manière dont l'établissement s'est engagé dans la mise en place de la télé-psychiatrie.

2.1.1 Informations générales

L'EHPAD « Les Jardins du Castel » à Châteaugiron est un Etablissement Public Autonome qui se situe en zone péri-urbaine, dans le secteur gérontologique de la Couronne Rennaise Est.

La première convention pluriannuelle tripartite a été signée avec une date d'effet au 1er janvier 2004. L'établissement est actuellement en attente du renouvellement et de la signature de sa convention tripartite de troisième génération qui pourrait avoir lieu en 2015.

L'EHPAD de Châteaugiron est composé de deux pôles distincts, tant architecturalement que dans leurs missions. Selon leur profil, l'accueil des résidents se fait dans l'un ou l'autre des pôles, voire pavillons. L'EHPAD accueille 121 résidents en hébergement permanent et six personnes en accueil de jour.

Le pôle Maison de retraite est composé de deux pavillons : Les Oiseaux (42 résidents valides ou semi-valides) et Le verger (accueil de 43 résidents semi-valides ou non valides). La mission de ce pôle est de proposer un accueil personnalisé et adapté à chacun, en tenant compte des rythmes, des capacités et des envies. Le pôle maison de retraite s'inscrit dans la démarche d'Humanitude : « *Respecter les souhaits de chaque résident, également celui d'inactivité. Solliciter, motiver, sans jamais imposer* ».

Le pôle Alzheimer quant à lui est composé de deux pavillons d'hébergement, Les Alizés (22 résidents au stade modéré de la maladie) et les Floralies (accueil de 14 résidents au stade sévère de la maladie). Est également géré en son sein un PASA (Pôle d'activités de soins adaptés) qui peut accueillir quatorze personnes et un accueil de jour externe avec une capacité d'accueil de 6 places pour des personnes au stade léger de la maladie. Ces quatre lieux sont sécurisés et complémentaires pour une prise en soin adaptée aux différentes phases de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées.

Sur le plan médical, qui est le domaine du médecin coordonnateur, l'EHPAD évalue sa capacité à accueillir un nouveau résident selon plusieurs critères : son niveau de dépendance (toilette, habillage, et autres soins de nursing), les besoins liés à son état de santé (nécessité d'une infirmière la nuit, besoin d'oxygène, troubles du comportement).

Tout le personnel de l'établissement travaille en tenues civiles professionnelles, dédiées et reconnaissables. Ce changement de tenues qui a remplacé les anciennes blouses blanches a permis de renforcer le fait que l'EHPAD soit un lieu de vie et de rendre moins hiérarchiques les relations entre les résidents et les professionnels.

L'EHPAD est constitué des chambres, espaces individuels de chaque résident ou leur intimité est respectée et d'espaces collectifs, salons ou salles d'activités dans lesquels ils peuvent se rendre librement tout au long de la journée.

Le projet d'établissement actuel date de mars 2011 et avait été rédigé pour la période 2010-2013. Il sera réactualisé courant 2015 avec le soutien d'un organisme extérieur.
Le projet d'établissement reprend les valeurs et objectifs de l'EHPAD, à savoir « reconnaître le caractère unique de chaque résident, conserver l'ouverture de chacun à l'autre, favoriser la capacité et la volonté de la personne de gérer sa vie comme elle l'entend, proposer des activités sociales et des animations pour faciliter l'épanouissement et stimuler les capacités physiques et psychiques de chacun ».

L'EHPAD Les Jardins du Castel défend également une politique d'accompagnement dynamique et positive des professionnels que ce soit en termes de plan de formation, de participation à des réunions pluridisciplinaires ou des groupes de travail ainsi qu'une écoute réelle et respectueuse de chacun par le directeur et les cadres de santé.

Le directeur de l'EHPAD, Monsieur BARBÉ, est un directeur très actif tant dans son établissement que dans son environnement avec un travail continu en réseau. « Friand » de nouveaux projets et d'actions novatrices, cette politique de management menée par le directeur permet à l'EHPAD une remise en question permanente, de conserver des équipes motivées et investies et d'avoir une assise importante sur le territoire.

2.1.2 Population accueillie à l'EHPAD - Regard sur les personnes âgées ayant des troubles comportementaux ou cognitifs

L'établissement accueille des personnes âgées dépendantes de 60 ans et plus (sauf dérogation).

L'EHPAD « Les Jardins du Castel » privilégie les inscriptions pour les personnes qui habitent la Communauté de Communes du Pays de Châteaugiron ainsi que les rapprochements familiaux. Pour autant il répond également aux besoins des cantons de Rennes et de Janzé. Selon les sources de l'INSEE / RP 2009 (actualisées au 15 janvier 2013), l'évolution de la pyramide des âges entre 1999 et 2012 en Ille-et-Vilaine traduit le vieillissement de la population (+53% des 75 ans et plus). Le nombre de personnes de 80-84 ans a plus que doublé. La projection du nombre de personnes âgées dépendantes en Ille-et-Vilaine en 2020 serait de + 8,8% et en 2030 de + 41,8%.

Le vieillissement a pour conséquence un accroissement des besoins locaux en termes d'accompagnement de la dépendance physique et psychique, notamment concernant des pathologies telles que la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées. L'EHPAD de Châteaugiron répond dans ses missions à ces nouveaux besoins.

Le canton de Châteaugiron se situe également dans cette dynamique de vieillissement de la population. De nombreux moyens sont mis en œuvre pour le maintien à domicile mais certaines entrées en établissement seront incontournables.

Les accueils à l'EHPAD sont majoritairement la conséquence d'une perte d'autonomie de la personne âgée due à la perte d'un conjoint, à un état pathologique stabilisé, à une hospitalisation suite à un accident, à une maladie d'Alzheimer ou encore à un rapprochement familial.

Concernant la dépendance et l'activité « soins », l'évaluation du GMP (GIR Moyen Pondéré) montre depuis trois ans une baisse de celui-ci. En mai 2011, le GMP était évalué à 708,51. En septembre 2014, celui-ci était à 668,60. De nombreuses actions sont mises en place pour maintenir l'autonomie des résidents et de ce fait, les résidents récupèrent certains actes de la vie courante, ce qui est gage de qualité et fait donc diminuer le GMP.

Le PMP (Pathos Moyen Pondéré) n'a pas été évalué depuis 2008 où il était à 173. Une nouvelle coupe Pathos est prévue courant 2015 et se fera au moment du renouvellement de la convention tripartite.

Le constat réalisé par les professionnels interviewés pour ce travail est que les résidents accueillis sont de plus en plus confrontés à des troubles d'ordre psychiatrique, qu'il s'agisse de troubles comportementaux ou de troubles cognitifs. Pour autant, seule une vingtaine de résidents présente des pathologies psychiatriques diagnostiquées et font l'objet d'un suivi régulier par le CHGR, ce qui représente 84 consultations sur le site du CHGR en 2014[49]. Ce chiffre n'est pas forcément limitatif car, comme l'indiquent les professionnels, certains résidents sont suivis par un psychiatre de ville depuis plusieurs années, avant leur entrée à l'EHPAD, et l'établissement n'est pas forcément au courant.
Il y a eu quatre hospitalisations en psychiatrie en 2014. Trois d'entre elles étaient motivées par un syndrome dépressif et la dernière par des troubles du comportement.
Concernant les résidents présentant des troubles d'ordre psychiatrique à l'EHPAD, Madame C., cadre supérieure de santé, précise qu'il « *n'y a pas de gros troubles comportementaux ici. Il n'y a pas de violence, ni d'agressivité* ». Les infirmiers, la psychologue ou encore le médecin coordonnateur précisent que les troubles rencontrés au quotidien par les équipes sont souvent « *les troubles dépressifs, les propos suicidaires, les oppositions aux soins, l'agitation psychomotrice, la déambulation, l'apathie, l'altération de la mémoire, la désorientation ou encore la démence* ».
On retrouve dans ces entretiens, reflets de la réalité de terrain, les troubles évoqués dans la littérature et notamment ceux cités dans le rapport de la DREES daté de 2006, mentionné plus haut.

2.1.3 Organisation professionnelle au sein de l'EHPAD : rôle et place de chacun

L'organisation professionnelle au sein d'un établissement permet de comprendre le quotidien, les contraintes de chacun et la manière dont la vie s'instaure dans les lieux avec un impact premier sur les résidents.
La télé-psychiatrie engageant plusieurs professionnels de l'EHPAD, comme nous allons le voir dans le paragraphe suivant, il est important de comprendre comment les professionnels interagissent entre eux pour envisager les perspectives futures.
Constitué de deux pôles distincts, l'EHPAD qui possède donc deux cadres de santé, est confronté à deux modes de fonctionnement différents sur certains aspects. Je vais m'intéresser ici plus particulièrement au pôle maison de retraite afin de rendre le propos le plus clair possible.

[49] « Rapport d'activités du pôle soins », *Rapport d'activités 2014 de l'EHPAD Les Jardins du Castel*, p.83

Effectivement, les résidents du Pôle Alzheimer ne sont pas suivis en télé-psychiatrie.

Le Pôle Maison de retraite est donc sous l'autorité d'une cadre supérieure de santé dont les missions s'organisent autour de trois axes : le résident et sa famille, l'établissement et l'encadrement des soins. Elle organise et coordonne ainsi le travail des équipes : agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), aide-soignantes, aide-médico-psychologiques (AMP), infirmiers : 71 personnes avec les équipes du pôle Alzheimer.
De manière transversale interviennent également dans ce pôle une psychologue (0.5 ETP), une ergothérapeute (0.6 ETP), un médecin coordonnateur (0.5 ETP) et une animatrice (1 ETP).
Tous ces métiers travaillent ensemble de manière pluridisciplinaire dans l'accompagnement du résident, permettant ainsi un accompagnement complet, intégrant autant le volet somatique, psychologique que social.

L'EHPAD Les Jardins du Castel est plutôt bien doté en termes d'encadrement. Un bémol mais pas des moindres est à noter sur le ratio d'encadrement infirmier (IDE) qui est à 0.049 en 2014 alors que la moyenne des établissements du département à GMP (GIR Moyen Pondéré) similaire se situe à 0.058[50].
L'une de mes missions principales lors de mon stage était de travailler sur la réorganisation du travail infirmier. Ce poste central dans l'établissement se trouve effectivement sollicité pour de nombreuses demandes des équipes dans les services, des métiers dits ici « transversaux », des médecins traitants, des familles, des résidents… Toutes ces sollicitations en plus des missions intégrées dans leur fiche de poste génèrent une amplitude de travail importante (avec de nombreuses heures supplémentaires) et surtout un dispersement des IDE qui accumulent les tâches à réaliser, souvent de manière simultanée. Ce petit aparté me permet d'introduire l'une des difficultés que nous rencontrerons ultérieurement dans cet écrit car la mise en place de la télé-psychiatrie a un impact direct sur le travail des IDE au sein de l'établissement.

2.2 Mise en place des consultations en télé-psychiatrie au sein de l'établissement

Les consultations en télé-psychiatrie interviennent dans l'EHPAD alors que le suivi psychiatrique existe déjà depuis de nombreuses années. Considérées comme un outil supplémentaire, les équipes travaillent déjà au quotidien à l'accompagnement des troubles géronto-psychiatriques. La réponse à l'appel à projet de l'ARS donne aujourd'hui des perspectives nouvelles en élargissant la palette d'outils pour cet accompagnement.

[50] Indicateurs 2014 – Service OARES Conseil Général 35

2.2.1 L'accompagnement des troubles psychiatriques au sein de l'EHPAD

Comme nous l'avons vu, les EHPAD sont de plus en plus amenés à accueillir des résidents présentant des troubles psychiatriques. Outres les raisons évoqués plus haut, cela s'explique également par le manque de structures d'aval suite à une hospitalisation en psychiatrie pour les personnes de plus de 60 ans et il est trop souvent admis que les EHPAD sont compétents pour accueillir ce public.

Or bien que les équipes des EHPAD soient effectivement formées à l'accompagnement de certains troubles, directement liés au vieillissement de la personne, elles ne peuvent pas représenter une solution viable et automatique à l'orientation des personnes nécessitant un accompagnement psychiatrique soutenu. Comme le précise le Docteur H., le médecin coordonnateur de l'EHPAD, « *on n'est pas un service de psychiatrie. L'individuel, c'est possible mais tant que la personne est capable de vivre en collectivité* »[51].

Pour autant, les équipes de l'EHPAD Les Jardins du Castel sont mobilisées sur ces questions et n'hésitent pas à mettre à profit les ressources existantes tant en externe qu'en interne.

Depuis plusieurs années désormais, une équipe mobile de géronto-psychiatrie, adossée au CHGR, intervient à l'EHPAD. Elle a permis de compenser le fait que les médecins psychiatres ne se déplacent plus sur l'établissement. Une infirmière de secteur a donc en charge l'accompagnement psychiatrique de résidents suivis en parallèle par le Docteur M. au CHGR. Cette orientation débute souvent par la demande du médecin traitant du résident. Les IDE des EMGP font des évaluations des résidents et en réfèrent au médecin psychiatre. Pendant le temps de la visite, les IDE « *évaluent la thymie, l'appétit, le sommeil, s'il y a des choses qui tracassent leur patient, s'il participe aux activités, s'il a des relations à l'EHPAD* »[52]. Elles font le lien entre l'équipe de l'EHPAD, le patient et le Docteur M. L'objectif principal des interventions des EMGP est d'éviter le plus souvent des hospitalisations, souvent traumatisantes pour les résidents. De ce point de vue, leur intervention est une réussite. Le lien qu'elles créent est également essentiel pour les équipes, surtout les IDE auxquels elles apportent « *réassurance, régularité et présence* »[53].

En parallèle à cette intervention de l'EMGP, les résidents de l'EHPAD suivis rencontrent de manière régulière un médecin psychiatre directement au CHGR. Ces consultations sont principalement dédiées au suivi du traitement médicamenteux psychiatrique, voire à son réajustement. A l'occasion de ces consultations, le résident est conduit au CHGR par un transporteur (ambulance ou taxi) avec une enveloppe contenant les transmissions du

[51] Entretien n°6 avec le Docteur H., médecin coordonnateur de l'EHPAD Les Jardins du Castel
[52] Entretien n°3 avec Madame C., IDE de l'EMGP du CHGR
[53] Ibid.

mois passé et il est reconduit à l'EHPAD avec ce même transporteur mais cette fois avec un compte-rendu de la consultation (changement de traitement, conduite à tenir).
Ces consultations trouvent leur limite, au-delà de l'organisation pour le déplacement du résident, dans le manque d'échange concret entre le médecin psychiatre et l'équipe de l'EHPAD.

En complément de l'accompagnement psychiatrique réalisé par le CHGR, l'équipe de l'EHPAD n'hésite pas à solliciter les médecins traitants souvent écartés du suivi psychiatrique et elle met également en œuvre des moyens en interne pour assurer le suivi de ces résidents présentant des troubles psychiatriques.
Ainsi la psychologue a un rôle prépondérant dans l'accompagnement psychique des résidents qu'elles rencontrent soit de manière ponctuelle, soit lors d'un suivi plus régulier. Tous ne sont pas suivis en géronto-psychiatrie par ailleurs même s'ils représentent la majorité. Elle intervient également lors d'ateliers destinés aux résidents avec des troubles neurologiques et en soutien des équipes soignantes auxquelles elle peut apporter des pistes d'action à mettre en place ou un espace d'écoute et de réflexion. La psychologue de l'EHPAD note par ailleurs que « *l'articulation entre elle et la psychiatrie ne se faisait pas trop. On n'a pas le même métier donc on ne voit pas les choses de la même façon. Mais l'idée c'est de travailler ensemble pour l'accompagnement du résident* »[54].
De nombreux outils sont également déployés par les équipes pour répondre au mieux à ces troubles : la construction et le suivi du projet de vie individualisé, l'intervention de l'ergothérapeute et de l'éducateur sportif, une réflexion sur les attitudes et la façon de se comporter avec tel résident, les transmissions ciblées (staff pluridisciplinaire permettant la réflexion d'équipe et de mettre les bons mots sur ce que les soignants constatent au quotidien). Une autre pièce maîtresse de cet accompagnement est la présence d'une animatrice à temps plein au sein de l'établissement. Elle intervient et propose des activités et des animations pour tous les résidents mais sait également prendre en compte, sur l'avis des soignants parfois, les troubles cognitifs ou du comportement de quelques uns. C'est une véritable valeur ajoutée pour l'EHPAD car comme le souligne Monsieur B., IDE à l'EHPAD, lors de son entretien, « *l'animation est une pièce maîtresse car elle permet au résident de se focaliser sur autre chose, d'être dans le positivisme grâce à cette prise en soins 'non-prise en soins'* »[55].

[54] Entretien n°5 avec Madame T., psychologue à l'EHPAD
[55] Entretien n°8 avec Monsieur B., IDE à l'EHPAD

2.2.2 Réponse à l'appel à projet de l'ARS Bretagne[56]

Les pouvoirs publics ont délégué aux ARS le déploiement du dispositif de télémédecine. Pour ce faire, 26 millions d'euros ont été mobilisés en 2011 et répartis sur les différentes régions au niveau national.

C'est dans ce cadre qu'en 2013, l'ARS Bretagne a lancé un appel à projet sur la télémédecine au niveau régional pour simplifier la mise en place de projets mâtures que certains établissements souhaitaient porter. Cet appel à projet a obtenu un grand succès avec de nombreux dossiers déposés. Sur le territoire de santé n°5 (parmi les huit territoires définis par l'ARS sur la région Bretagne), trois projets ont été retenus dont le projet AGETELEPSY (nom du dispositif de l'offre de télémédecine pour les consultations spécialisées en psychiatrie de la population prise en charge dans les EHPAD du territoire de santé n°5) porté par le CHGR et auquel participe l'EHPAD Les Jardins du Castel. Les deux autres projets du territoire sont celui du Pôle Saint-Hélier (plaies) et celui du CHU de Rennes (gériatrie, diabétologie, dermatologie).

Ces établissements ont préféré démarrer le dispositif de manière expérimentale avant la mise en place de la plateforme par le GCS e-Santé Bretagne[57] (je détaille en annexe n°5 l'identité du GCS e-Santé Bretagne). Madame Q., chef de projet télémédecine du GCS, lors de notre rencontre indiquait que *« l'ARS avait inscrit dans les pré-requis de mise en œuvre des projets que le fait d'avoir été retenus permet d'obtenir un financement pour la mise en place du projet mais en contre partie, les établissements doivent participer à la démarche régionale menée par le GCS et s'inscrire dans le cadre de la plateforme régionale* »[58].

La plateforme régionale fournit les équipements locaux, le chariot de télémédecine, un système de visioconférence adapté à la télémédecine ou encore un dossier en ligne. Toutes les données et informations sont ainsi sécurisées avec un espace d'hébergement pour les données de santé, une partie support utilisateurs et techniques et un accompagnement de la mise en place du marché.

C'est dans ce contexte que l'EHPAD Les Jardins du Castel s'est engagé, dans le cadre du partenariat déjà existant avec le CHGR, dans la réponse à cet appel à projet. Monsieur BARBÉ, en participant à cet appel à projet, souhaitait profiter de la mise en place de ces nouvelles technologies pour l'EHPAD en participant activement à la réflexion en lien avec les nombreux acteurs du territoire. Les membres du Conseil d'Administration de l'EHPAD étaient très favorables à ce type de coopération dans la mesure où elle améliore la qualité de la prise en charge et la sécurité des résidents accueillis, tout en permettant en plus de

[56] « Dossier de candidature Projet AGETELEPSY », *Appel à projet télémédecine-ARS Bretagne*, Septembre 2013, p.19
[57] Annexe n°5 : Fiches d'identité – 1. Le GCS e-Santé Bretagne, p.VIII
[58] Entretien n°1 avec Mme Q., chef de projet télémédecine du GCS

diminuer les coûts de transports. Le comité de pilotage de l'évaluation interne avait également souhaité que l'établissement prévoie des téléconsultations psychiatriques, comme axe d'amélioration à intégrer dans le nouveau projet de soins.

Un contrat de télémédecine a été rédigé et doit être signé entre l'ARS Bretagne, le CHGR et l'EHPAD. Ce contrat reprend les objectifs de l'activité de télémédecine, les conditions de mise en œuvre, le rôle du coordonnateur CHGR, le suivi, la révision et la résiliation du contrat[59].

Les objectifs y sont définis tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif.
Les objectifs qualitatifs regroupent ceux concernant les résidents notamment le gain en confort en limitant les transports et en rationnalisant leurs parcours de soins. Ils concernent également les professionnels (soignants et médecins) avec la diminution des délais d'intervention psychiatrique et l'amélioration de la réponse en situation de crise, l'optimisation du temps d'expertise psychiatrique, une sécurisation accrue et un soutien des professionnels de santé exerçant en EHPAD, une meilleure coordination entre acteurs de santé et une appropriation de nouveaux outils utilisables.
En parallèle, les objectifs d'ordre quantitatifs sont la diminution du nombre de transports de résidents qui engendre une diminution substantielle du temps de planification de ceux-ci dans les EHPAD, le gain en temps médical et soignant et la diminution du nombre de transports de médecins.
Nous pourrons dans le chapitre suivant opposer ces objectifs définis en amont de la phase expérimentale et la réalité du terrain après plus d'un an d'expérimentation.

Les conditions de mise en œuvre imposent la signature d'une convention reprenant le fonctionnement détaillé des téléconsultations ainsi que le rôle et les responsabilités de chacun, des formations préalables à l'utilisation du matériel et enfin des indications pour que le patient bénéficie de ce dispositif.
Concernant ce dernier point, il a été convenu, et c'est appliqué par l'EHPAD, que les résidents pouvant prétendre aux téléconsultations avaient déjà bénéficié d'une consultation en présentiel au préalable, qu'ils acceptent la consultation en télémédecine et qu'ils ne présentent pas de contre-indication.

C'est donc à partir de ces premiers éléments de cadrage que l'EHPAD a pu construire sa propre expérimentation de télémédecine.

[59] Contrat de télémédecine ARS Bretagne / CHGR / EHPAD Les Jardins du Castel

2.2.3 Une mise en place progressive au sein de l'établissement : de l'expérimentation à l'utilisation en routine

La mise en place des téléconsultations en psychiatrie s'est faite de manière très progressive à l'EHPAD. Ces téléconsultations se déroulent principalement avec le médecin psychiatre qui suit les résidents de l'EHPAD, le Docteur M.. Les résidents connaissent donc leur interlocuteur.

Suite à l'appel à projet lancé en 2013, c'est en 2014 qu'a débuté la phase d'expérimentation. Cette dernière a été réalisée aux « Jardins du Castel » sur du matériel provisoire à savoir un poste fixe et une communication via un logiciel non hébergé sur la plateforme.

Le lancement officiel de la plateforme régionale Sterenn[60] du GCS e-Santé Bretagne s'est fait en mars 2015 avec la phase dite de « mise en production ». C'est à partir de ce moment que l'EHPAD a pu utiliser le matériel définitif financé par l'appel à projet : le chariot mobile avec l'ordinateur intégré, les casques, le micro, les logiciels intégrés à la plateforme sécurisée.

Pendant un an, c'est donc avec des moyens réduits que l'expérimentation a eu lieu. Six sessions ont eu lieu à l'EHPAD ce qui représentent douze téléconsultations et deux télé-expertises.

Cette phase d'expérimentation durant laquelle Monsieur BARBÉ a continué à participer à la réflexion autour de la mise en place du dispositif lors des comités de pilotage et durant laquelle les infirmiers et la cadre de santé ont suivi une formation, a permis de mettre en exergue des soucis d'ordre technique mais également de se rendre compte que les téléconsultations en psychiatrie n'étaient pas du tout adaptées pour certains résidents.

La plupart des retours des professionnels ainsi que des résidents sont plutôt positifs. Les professionnels évoquent néanmoins à plusieurs reprises le fait de n'être pas toujours très bien informés de l'avancée du dispositif ni de son organisation. La cadre de santé, Madame C., nous dit par exemple « *c'est le Docteur M. qui donne ses consignes de jours et d'horaires et de noms de résidents. Il n'y a pas eu d'échange avec elle sur ses critères de sélection* »[61]. Ces propos sont confirmés par d'autres professionnels de l'EHPAD concernés par la télé-psychiatrie mais qui ne connaissent pas tous les tenants et aboutissants de la démarche. La psychologue, Madame T., résume effectivement la situation en indiquant que « *c'est un exercice nouveau, il y a un temps d'apprentissage* »[62].

Cet apprentissage, comme nous le verrons ensuite devra se faire par le biais d'un accompagnement soutenu des professionnels.

[60] Annexe n°5 : Fiches d'identité – 2. La plateforme Sterenn, p.VIII
[61] Entretien n°4 avec Madame C., cadre de santé à l'EHPAD
[62] Entretien n°5 avec Madame T., psychologue à l'EHPAD

Cette phase de test n'a pas été l'objet de communication particulière ni officielle à l'attention des professionnels ce qui peut parfois créer des fossés importants dans le niveau d'information de chacun, comme nous avons pu le constater lors des divers entretiens réalisés. Ainsi que l'explique le Docteur D., « *on est immergés dans le dispositif, dans le côté organisationnel, technique. On n'a pas fait de la communication notre priorité. Et puis c'est compliqué en phase test. Communiquer sur un projet qui peut encore tomber à l'eau, ce n'est pas évident* »[63].

Rentrer dans un dispositif expérimental apporte un dynamisme à l'établissement mais il faut veiller à ce que les personnels soient bien associer à la démarche afin que celle-ci puisse prendre pied sur le long terme et puisse fonctionner en routine. Ainsi l'aspect informatif et de communication ne doit absolument pas être négligé et les écarts dans le niveau d'information doivent être réduits.

Aujourd'hui, les choses se précisent néanmoins. Il est convenu que les téléconsultations se déroulent une matinée par mois, le vendredi en l'occurrence et que deux ou trois résidents soient vus. Organiser quatre consultations en télé-psychiatrie a été testé pendant la phase expérimentale mais cela engendre trop de difficultés, notamment organisationnelles. Ce sont les infirmiers de l'EHPAD qui sont les principaux acteurs de terrain sur la télémédecine : ils gèrent les transferts des patients jusqu'à la salle de télémédecine et sont présents durant la consultation. En parallèle, une réflexion est en parallèle en cours à l'EHPAD sur le fait que la psychologue puisse, dans certaines situations, être présente aux téléconsultations.

L'EHPAD est donc rentré dans un fonctionnement en routine de la télé-psychiatrie. Pour autant se posent encore de nombreuses questions, qu'elles soient d'ordre technique, éthique ou organisationnel. L'observation et les entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire m'ont permis de mettre en exergue quelques points de réflexion.

2.3 Difficultés et opportunités repérées sur le terrain

Les divers entretiens réalisés que ce soit avec des résidents, des professionnels de l'EHPAD ou des médecins du CHGR ont permis de mettre en avant des thématiques qui reviennent de manière régulière dans le discours. Plutôt que d'analyser ces dernières de manière dichotomiques en définissant les points négatifs et les points positifs de la télé-psychiatrie, j'ai choisi de traiter ces données par thématiques que nous retrouvons ci-dessous, à savoir la présence d'un tiers pendant la consultation, l'appréhension d'un

[63] Entretien n°2 avec le Docteur D., médecin psychiatre au CHGR, coordonnateur du projet AGETELEPSY

nouveau matériel et mode de communication, le confort et le bien-être du résident et l'organisation des professionnels.

2.3.1 La présence d'un tiers lors de la consultation

Lors des entretiens réalisés, quand nous abordions la question de l'éthique, le thème qui ressortait principalement était le fait qu'un tiers, en l'occurrence ici un infirmier, soit présent pendant la consultation en télé-psychiatrie.

Cela peut effectivement interroger car la relation entre le psychiatre et son patient se construit autour du colloque singulier. Ainsi qu'est-ce que cette présence peut générer, comment est-elle apprivoisée par les résidents ?

Dans un premier temps, il est étonnant de voir ici encore la vision différente que peuvent avoir les professionnels de terrain et les acteurs pilotes du dispositif. Alors que les premiers se questionnent réellement sur l'opportunité de leur présence, les seconds sont plus modérés. Ainsi le Docteur D., coordinatrice du dispositif AGETELEPSY mais également médecin requis lors de téléconsultations sur son secteur, ne considère pas cette présence comme un problème, mettant en avant plusieurs éléments explicatifs : « *Déjà imaginons que le patient soit agité, perdu, qu'il casse la matériel. Et puis le tiers présent est actif, il peut permettre de mieux percevoir certaines choses. Enfin, laisser le patient tout seul livré à lui-même devant la télé, ça pour le coup c'est déshumanisant au possible. La présence d'un tiers ne nuit pas forcément à la consultation. Le tiers est pris en compte* »[64].

Ce qui est donc perçu comme pouvant être déshumanisant ici, à savoir laisser le résident seul face à l'écran, est du côté de l'EHPAD vécu comme le respect de l'intimité de la personne. Les infirmiers de l'EHPAD qui sont les tiers principalement présents durant ces consultations ainsi que la psychologue qui a pu également y assister se questionnent sur la gêne que cela peut occasionner pour les résidents qui ne se sentent pas libres de s'exprimer comme ils le souhaitent et puis aussi sur l'utilisation des propos entendus pendant ce temps. Tous conscients d'être soumis au secret professionnel, ils se demandent si ce qui se dit dans la salle de téléconsultation peut éventuellement être utilisé, toujours dans l'idée d'optimiser l'accompagnement du résident.

Mais ils y voient aussi le pendant positif car ils représentent un soutien s'il y a un problème technique et une aide pour la compréhension respective entre le psychiatre et son patient. La psychologue ajoute que « *la présence d'un tiers, ce n'est pas forcément très grave, il s'agit juste de le prendre en compte dans tout ça* »[65]. C'est effectivement un nouveau mode d'accompagnement à prendre en compte et à imaginer en lien avec les professionnels et les résidents afin que chacun puisse s'y retrouver de la manière la plus juste possible.

[64] Ibid.

[65] Entretien n°5 avec Madame T., psychologue à l'EHPAD

Il nous semble que les professionnels ont du mal à trouver leur place dans ce nouveau dispositif car ils sortent à peine de la phase expérimentale et qu'ils n'ont pas encore réfléchi de manière conjointe aux tenants et aux aboutissants de ces téléconsultations. Ils ne sont donc pas très à l'aise dans ce nouveau lieu auquel ils n'étaient pas habitués, le colloque singulier entre le psychiatre et son patient.
Les professionnels d'un côté comme de l'autre de l'écran devront par ailleurs être vigilants à ne pas exclure le résident en s'engageant dans un dialogue entre professionnels.

Du côté des résidents, cette question ne les dérange pas tous au même niveau. Alors que Madame C., lors de notre entretien, affirmait que « *la présence de quelqu'un, ça peut être gênant* »[66], Monsieur G. et son épouse, résidente à l'EHPAD ainsi que Madame L., résidente, exprimaient le fait que c'est rassurant d'avoir l'infirmière avec soi, d'une part en cas de soucis avec le matériel mais ils considèrent également qu'ils font partie du personnel soignant et qu'il « *est bien qu'ils soient au courant de tout aussi* »[67]. Il devra donc être fait cas de chaque situation et ne pas généraliser une pratique.

Cette question de la présence d'un tiers devra être discutée en équipe afin d'en faire une pratique respectueuse et comprise par tous. Effectivement, pour l'instant, du côté du CHGR, cette question n'est pas à l'ordre du jour, la présence d'un tiers, en particulier l'infirmier, étant la règle. Seule une décision médicale devra permettre au résident d'être seul durant la téléconsultation. Une discussion est donc à construire entre le résident, son médecin et l'équipe de l'EHPAD afin que chacun trouve sa zone de confort.

2.3.2 Appréhender un nouveau mode de communication

Les consultations en télé-psychiatrie apportent de fait de nouvelles technologies au sein de l'EHPAD. Même si les professionnels sont habitués à ces dernières par le biais des divers équipements déjà présents dans l'établissement, il n'en est pas de même pour les résidents qui n'y étaient jusqu'alors pas directement confrontés.

Ainsi que diverses études le démontraient déjà, les professionnels restent assez surpris des retours et de l'adaptation des résidents à ce nouvel outil de prise en charge psychiatrique. Comme le précise le Docteur D. du CHGR, « *On avait des représentations classiques sur la technologie et finalement, les patients se sont bien adaptés* »[68].

[66] Entretien n°10 avec Madame C., résidente à l'EHPAD.
[67] Entretien n°9 avec Madame G., résidente à l'EHPAD et son époux Monsieur G.
[68] Entretien n°2 avec le Docteur D., médecin psychiatre au CHGR, coordonnateur du projet AGETELEPSY

Les résidents eux-mêmes disent qu'ils n'étaient pas utilisateurs d'ordinateur et de l'outil informatique en général mais que ça ne leur pose pas de soucis de parler à travers un écran. Leur seule crainte est plutôt le fait qu'il puisse y avoir un problème technique.

Pour autant, l'écran, le casque, la caméra sont autant d'éléments nouveaux que les résidents doivent appréhender lors des téléconsultations. Durant la phase d'expérimentation, cela n'a pas toujours été simple à gérer car le matériel utilisé n'était pas optimal. Aujourd'hui avec la mise en place de la plateforme, du chariot mobile et de la ligne SDSL nécessaire à une communication fluide, les téléconsultations bénéficient désormais d'une image et d'un son de qualité.
La distance que peuvent créer ces éléments disparaît finalement assez rapidement une fois la consultation commencée. Comme le dit Madame C., résidente de l'EHPAD, « *je ne vois pas la différence entre les téléconsultations et les consultations au CHGR. Que je réponde par écran ou en vrai, je ne vois pas la différence* »[69].
Pour des résidents comme Madame C. qui ne souffre pas de troubles psychiatriques aigus mais uniquement de troubles dépressifs, l'utilisation d'un écran ou d'un casque ne pose pas de problème particulier. Il faut néanmoins rester vigilant avec certains résidents pour lesquels les téléconsultations ne seront pas du tout adaptées. Un infirmier de l'EHPAD se demandait justement si le fait d'utiliser un casque ne pouvait pas créer de nouveaux symptômes, en particulier chez les personnes psychotiques. C'est pourquoi tous les résidents suivis au CHGR ne bénéficient pas des consultations en télé-psychiatrie. Il ne faudrait pas que l'utilisation des nouvelles technologies vienne majorer leurs troubles et par ailleurs, ils doivent être en capacité de donner leur consentement pour que la consultation se fasse à distance. Le rôle du médecin psychiatre est ici essentiel car dans le cas présent, c'est elle qui décide lesquels de ses patients bénéficieront du dispositif. Celui de l'équipe de l'EHPAD n'est pas à minorer car ce sont ces professionnels qui perçoivent en premier lieu chez les résidents les angoisses liées à la consultation à distance (comportements durant l'entretien mais également retours des résidents avant ou après la consultation).
Lorsque l'on parle de téléconsultation, au-delà des troubles psychiatriques ne permettant pas d'en bénéficier, il faudra également pour les professionnels tenir compte de la bonne audition et de la bonne élocution des résidents. Comme l'indique Madame C., cadre de santé à l'EHPAD, en parlant de la situation d'un résident : « *quand on est en face à face dans la même pièce et qu'on se parle, ce n'est déjà pas simple pour le comprendre mais au travers d'un écran, je pense que ça doit être encore plus complexe. Lorsque j'ai assisté à une téléconsultation, le Docteur M. disait tout le temps 'je ne vous ai pas*

[69] Entretien n°11 avec Madame C., résidente à l'EHPAD

compris Monsieur D., je ne vous ai pas compris' »[70]. Nous percevons bien ici l'importance de ces critères de bonne communication afin de ne pas venir parasiter la consultation.

Par ailleurs, lors de la téléconsultation, le médecin psychiatre s'adapte spontanément à la situation en parlant plus fort, en souriant ou en accentuant ses mimiques et ses gestes. Le matériel mis en place lui permet également de zoomer ou de dézoomer et ainsi placer la caméra afin de saisir ce qu'il souhaite chez le patient (tics nerveux, état de la pupille…). La caméra peut également être adaptée du côté du patient. Ainsi le médecin peut apparaître en gros plan sur l'écran avec l'impression que le médecin est réellement de l'autre côté du bureau.
Les consultations à distance pour les résidents en EHPAD restent pour autant possibles dans la mesure où ils ont déjà été reçus en présentiel dans le cabinet de leur médecin psychiatre et connaissent ainsi déjà leur interlocuteur. Cela enlève une angoisse supplémentaire face à l'inconnu du dispositif.
Il apparaît par ailleurs que les résidents sont de plus en plus à l'aise au fil des téléconsultations et ne considèrent même plus le matériel informatique.

Si les résidents suivis sont bien choisis et que leur accompagnement par les professionnels se fait dans les meilleures conditions afin d'ôter toute appréhension, ils s'adaptent de manière très intuitive au dispositif de télé-psychiatrie et ce malgré la distance. Le stress qui pourrait être posé par la technologie n'apparaît pas comme un problème.

2.3.3 Le confort, le bien-être du résident

L'une des raisons principales de cette adaptation parfois surprenante des personnes âgées aux téléconsultations est les bénéfices qu'ils en retirent, que ce soit en termes de confort ou de bien-être.
D'autant que si nous revenons sur l'un des enjeux principaux de la mise en place de la télémédecine sur le territoire national, il est bien question « *d'améliorer la qualité et la sécurité des soins mais également assurer un plus grand confort dans la prise en charge dans le respect d'une qualité de vie optimale* »[71].

La diminution des transports est le critère qui ressort en priorité des divers entretiens et de mes lectures. Effectivement pour chaque consultation au CHGR, le résident doit se rendre sur place. Madame C., cadre de santé à l'EHPAD précise que « *le résident va être*

[70] Entretien n°4 avec Madame C., cadre de santé à l'EHPAD
[71] HAUTE AUTORITE DE SANTE, Juin 2011, « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation », *Note de cadrage HAS,* [visité le 24/12/2014] disponible sur internet : http://www.has-sante.fr

gagnant car il n'aura plus cette fatigue, le transport par grand froid. Les transports, ça les dérange. Ils préfèrent rester tranquilles »[72].

Monsieur G., le mari de Madame G., résidente et suivie en télé-psychiatrie, va également dans ce sens. Ce monsieur accompagne son épouse qu'il s'agisse des consultations au CHGR ou de la télé-psychiatrie. Il indique qu'il « *préfère les téléconsultations. Sinon il faut prendre l'ambulance, descendre le brancard, mettre dans le fauteuil, monter en consultation, descendre du fauteuil, remettre sur le brancard. C'est trop fatiguant pour elle* »[73].

Dans le même ordre d'idée, souvent a été repris l'exemple de Madame L., une résidente que j'ai également pu rencontrer. Cette dame a été victime d'un accident de voiture durant sa vie et a depuis une véritable peur des trajets en voiture. La télémédecine est pour elle un réel soulagement et elle n'en voit donc que le côté positif.

Tous les acteurs s'accordent pour dire que le fait qu'il y ait moins de déplacements et d'attente au CHGR engendre moins de fatigue, moins de douleur mais également moins de stress et d'inconfort pour le résident. Pour autant, il faut toujours garder en tête que chaque situation est particulière et même si la majorité est d'accord, il y a l'exemple de Monsieur D., résident à l'EHPAD, qui lui a très rapidement exprimé son désintérêt pour la télé-psychiatrie, n'hésitant pas à indiquer qu'aller en consultation au CHGR lui permettait de sortir de l'EHPAD et lui faisait une promenade. Cela pose évidemment d'autres questions sur l'accompagnement de ce résident, sur le fait de lui proposer un autre type de promenade, qui n'aurait pas à être prise en charge par l'assurance maladie. Mais quoiqu'il en soit, le transport n'est pas un frein pour tout le monde.

Le fait de pouvoir rester sur leur lieu de vie, soit l'EHPAD, est également un gain en confort pour les résidents. Cela leur évite le stress ou l'angoisse d'un lieu qu'il ne maîtrise pas. Les locaux du CHGR ne sont pas toujours considérés comme réconfortants ou rassurants pour les résidents. Ils peuvent être synonymes de mauvais souvenirs pour des résidents y ayant été hospitalisés, ravivant ainsi la crainte de l'hospitalisation. Les résidents confirment majoritairement préférer les consultations à distance qui se déroulent à l'EHPAD. Se pose alors la question de la téléconsultation directement dans leur chambre qui constitue leur espace privatif au sein de l'EHPAD. Malgré l'existence d'un chariot mobile, les médecins ne sont pas forcément enthousiastes à cette idée. Le fait d'avoir une salle dédiée, en l'occurrence ici le bureau du médecin coordonnateur, permet tout de même un déplacement et une démarche pour aller en consultation. Un infirmier se questionnait sur ce point en prenant l'exemple de Madame G., « *qui est toujours dans sa chambre, c'est son univers, un peu plaintif. Y faire entrer la télémédecine, est-ce que ça*

[72] Entretien n°4 avec Madame C., cadre de santé à l'EHPAD
[73] Entretien n°9 avec Madame G., résidente à l'EHPAD et son époux Monsieur G.

ne va pas entretenir la chose ? »[74]. Des questions qui mériteraient également d'être traitées en équipe et en lien avec les médecins du CHGR.

Le confort ainsi que le bien-être du résident semblent favorisés par la télé-psychiatrie. Celui-ci le sera d'autant plus que les professionnels trouveront également leur avantage dans l'utilisation du dispositif.

2.3.4 L'accompagnement et l'organisation des professionnels

Cet accompagnement a toute son importance car du bien-être des professionnels découle un accompagnement de qualité des résidents.
Comme toute nouveauté dans l'exercice de leur métier, l'intégration de nouveaux modes d'accompagnement, de nouveaux matériels peut être générateur de stress pour les soignants.

L'un des points forts et facilitateurs à l'EHPAD pour la mise en place de la télé-psychiatrie est qu'au sein de l'établissement, tout le personnel soignant est d'ores et déjà familiarisé avec l'outil informatique. Les chariots de soin des IDE et des aides-soignantes sont équipés d'ordinateurs portables[75]. La mise en place des téléconsultations à l'EHPAD n'est qu'une étape supplémentaire dans la modernisation des moyens d'accompagnement. Avec le temps et la pratique, les professionnels vont gagner en assurance.

Les principaux professionnels impactés au sein de l'EHPAD sont les infirmiers. Les aides-soignantes ne le sont pas du fait que de la même manière qu'elles doivent préparer le résident quand il part en consultation au CHGR, elles veillent également à sa présentation pour la téléconsultation. La cadre de santé, du côté de son poste, y voit du positif. La mise en place de ce dispositif lui dégage un temps important qu'elle consacrait à la réservation des transporteurs et l'information aux familles. Il est aisé d'imaginer le gain en temps si nous nous référons aux chiffres 2014 que nous évoquions plus haut qui indiquaient 84 consultations au CHGR pour l'année.
Pour autant, personne n'est dupe sur le fait que cette nouvelle charge de travail engendrée par la télé-psychiatrie se répercute plus particulièrement sur les infirmiers. L'une de mes missions lors de mon stage était justement de travailler sur la réorganisation du travail infirmier, sans lien direct avec la télémédecine. Et pourtant après la réalisation d'un diagnostic et l'amorce d'un travail de réflexion lors de groupes de travail, il s'avère que le temps infirmier est « cher » dans un EHPAD. Les IDE sont effectivement au cœur de l'accompagnement comme nous l'avons vu plus haut. Il faudra

[74] Entretien n°7 avec Monsieur T., IDE à l'EHPAD
[75] « Dossier de candidature Projet AGETELEPSY », *Appel à projet télémédecine-ARS Bretagne*, Septembre 2013, p.19

donc réfléchir avec eux en termes d'organisation pour les journées où se déroulent les téléconsultations mais également en termes d'accompagnement.
La psychologue pourrait également, et c'est encore en réflexion à l'EHPAD, participer aux consultations en télé-psychiatrie. Cela dit et comme elle l'exprime elle-même, la problématique de l'organisation se pose différemment pour elle car elle n'a pas les mêmes contraintes organisationnelles que ses collègues IDE.

Par ailleurs, certains sont plus à l'aise que d'autres avec les nouvelles technologies et il faudra être vigilant à ce que personne ne se retrouve perdu avec les nouveaux outils. D'autant que nous avons pu voir que les résidents comptent sur eux en cas de problème technique. L'accompagnement par le biais de formation semble incontournable afin que chacun ait le même niveau d'information. Les retours sur les formations reçues jusqu'ici sont plutôt mitigés. Ils n'ont pas tous suivi la formation le même jour et n'ont donc pas été confrontés aux mêmes soucis. Mais tous regrettent que la formation n'ait pas eu lieu sur site avec le matériel qu'ils seront amenés à utiliser.
Néanmoins la formation reçue leur a permis d'appréhender le dispositif de télémédecine dont ils n'avaient jamais entendu parler pour la plupart et d'en intégrer les bases. Ils sont tous ouverts à d'autres formations qu'elles soient techniques ou plus généralistes sur la notion d'éthique par exemple.
Concernant la technique, même s'ils appréhendent plus ou moins de se retrouver seuls face au matériel, ils savent que « *c'est la pratique qui va nous aider à maîtriser. Et puis on a aussi un numéro d'appel pour une aide technique à la plateforme Sterenn* »[76].

Les infirmiers voient également les aspects positifs de ces téléconsultations mais également la télé-expertise. Jusqu'alors les équipes de l'EHPAD n'étaient pas en lien direct avec le Docteur M., principal psychiatre suivant les résidents de l'EHPAD. La télé-psychiatrie a permis de ramener des spécialistes au sein du lieu de vie et par la même occasion de créer du lien entre les équipes de l'EHPAD et les équipes du CHGR. Les professionnels de l'EHPAD se sentent écoutés et valorisés dans l'accompagnement qu'ils réalisent et les professionnels du CHGR peuvent, grâce aux échanges via l'écran, obtenir des informations en temps réel souvent plus dynamiques et donc exploitables que les transmissions écrites qui étaient jusqu'alors leur lien principal avec l'EHPAD.

[76] Entretien n°7 avec Monsieur T., IDE à l'EHPAD

3 Des éléments de réflexion pour optimiser l'utilisation de la télé-psychiatrie au sein d'un établissement médico-social accueillant des personnes âgées dépendantes

Du travail de recherche réalisé sur le terrain et via les entretiens semi-directifs, il ressort que la télé-psychiatrie s'est doucement faite une place dans l'accompagnement des résidents présentant des troubles psychiatriques à l'EHPAD. Comme toute nouveauté, cette mise en place a eu des conséquences, qu'elles soient directement positives ou encore à améliorer.

C'est en ce sens que la dernière partie de ce mémoire, partant des constats réalisés dans la partie précédente amènera des éléments de réflexion et d'actions envisageables pour optimiser l'utilisation de la télé-psychiatrie au sein d'un EHPAD, et ce du point de vue des résidents, des professionnels mais aussi de l'environnement de l'EHPAD, à ne pas négliger pour les perspectives d'avenir.

3.1 Toujours améliorer l'accompagnement du résident

Le résident étant au centre des préoccupations des professionnels, qu'ils soient personnel soignant, administratif, médecin ou directeur, c'est tout naturellement que les premières pistes d'action leur sont directement destinées.

3.1.1 Intégrer le résident à la construction de son accompagnement

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 insiste sur le fait que l'accompagnement du résident doit être personnalisé et que dans la mesure du possible, le résident doit être partie prenante de la construction de celui-ci.

Afin de pouvoir rendre réelle cette modalité, tout débute par une information claire et complète à l'accueil du résident à l'EHPAD. La télémédecine, et en particulier la télé-psychiatrie pour la problématique qui nous intéresse, pourrait ainsi être présentée dans une plaquette d'informations distribuée aux nouveaux résidents et à leur famille. En parallèle, il pourrait leur être demandé de signer une procédure d'accord pour la participation au dispositif de télémédecine si leur état de santé le nécessite et le permet, à l'image de ce qui est généralement réalisé pour les autorisations photographiques et de diffusion (journal interne, site internet, presse).

Cela serait le premier niveau d'information et de prise de contact avec le dispositif de télé-psychiatrie.

Ensuite et toujours dans l'esprit de placer le résident au cœur de son accompagnement est mis en place au sein de l'EHPAD Les Jardins du Castel le projet de vie individualisé

(autrement appelé Projet d'accompagnement personnalisé dans les recommandations des bonnes pratiques de l'Anesm) qui permet de respecter les droits des usagers.
Ce projet individualisé, initialement pensé en réunion pluridisciplinaire, intègre également le résident mais aussi sa famille. Y sont abordés diverses thématiques ; son parcours de vie, ses goûts qu'ils soient alimentaires ou autres, les activités qu'ils souhaitent réaliser, son accompagnement au niveau des soins (ergothérapie, éducateur sportif, vécu et souhaits par rapport aux soins). Cette démarche dynamique de co-construction pourrait permettre, pour les résidents suivis pour des troubles psychiatriques, de réexpliquer le dispositif de télé-psychiatrie et évaluer dans un tout premier temps s'ils sont d'accord pour y participer. Cela ne remplace évidemment en rien le consentement obligatoire qui doit être recueilli par le médecin psychiatre en début de téléconsultation.

L'objectif de ces actions est bien que le résident soit informé et puisse donner son consentement en étant en possession de tous les éléments nécessaires à sa prise de décision. Il ne doit pas se retrouver devant le fait accompli ou passif dans la démarche. Le risque serait qu'il ne comprenne pas le mode d'accompagnement qu'on lui propose.
Ainsi dédramatiser le rapport à la technologie et aider la personne âgée à être partie prenante de sa prise en soins font partie des actions à mettre en place pour que les consultations en télé-psychiatrie se passent dans les meilleures conditions et soient acceptées par le plus grand nombre.

Toutes ces informations et construction de projet réalisée en amont doivent permettre que la téléconsultation en tant que telle se déroule le plus sereinement possible. Pour cela, les professionnels qu'ils soient de l'EHPAD ou de l'établissement de santé partenaire (le CHGR ici) doivent mettre le résident en confiance. Pour cela, il est important que chacun se présente précisément au début de la consultation et les professionnels doivent s'assurer que chacun comprend l'utilisation et le fonctionnement des dispositifs.
C'est tout un travail d'explication et de réassurance à différentes phases du dispositif qui permettront son succès.

3.1.2 Un directeur qui doit maîtriser le dispositif

Dans le cas étudié ici, c'est le directeur de l'établissement, Monsieur BARBÉ, qui est à l'initiative du projet de télémédecine par le biais de la réponse à l'appel à projet de l'ARS Bretagne.
Dans un autre contexte, il est possible que ce soit les équipes sur le terrain, médecin coordonnateur, cadres de santé, infirmiers qui soient porteurs et demandeurs concernant ce projet. Dans un cas comme dans l'autre, le directeur doit maîtriser son sujet et être au

fait des contraintes qu'elles soient d'ordre technique, financière ou réglementaire et ce afin de proposer au résident un accompagnement cohérent et de qualité.
Comme l'indique un article du magazine Décision Santé, « *les principales informations disponibles sur la télémédecine sont tournées vers le monde sanitaire et ne répondent pas aux problématiques et interrogations des responsables d'EHPAD telles que le budget, l'organisation à mettre en place, la manière de mener la conduite des changements et la formation des équipes, le mode de communication auprès des résidents et des familles…* »[77].

L'un des points essentiels est que le dispositif de télémédecine se pérennise au sein de l'établissement et pour cela, la question du financement est essentielle.
Dans le cadre de l'appel à projet vu ci-dessus, le plan de financement retenu propose un financement de l'établissement comme suit : 80% par l'ARS et 20% répartis proportionnellement au coût d'investissement à réaliser par les différents partenaires. Ce plan de financement est établi pour la phase d'investissement mais le directeur devra envisager la suite ainsi que les modalités de financement pour la maintenance, la formation des professionnels, l'acquisition de nouveaux matériels, le développement vers d'autres spécialités utilisables en télémédecine.
Le directeur de l'établissement doit s'assurer de la pérennité du dispositif afin que tous les investissements qu'ils soient matériels ou humains ne soient pas vains.

Ensuite au niveau technique, et même si les nouvelles technologies ne sont pas son domaine d'expertise, le directeur doit être à même de conduire la mise en place du dispositif au sein de son établissement, d'ordonner des travaux si besoin. Pour exemple, à l'EHPAD Les Jardins du Castel, il a fallu faire le choix d'un prestataire pour l'installation d'une ligne SDSL, nécessaire au bon fonctionnement du dispositif. C'est le directeur qui a du prendre en charge ces modifications. Pour cela, il doit donc bien en comprendre les enjeux. Madame M., directrice de l'EHPAD d'A. en Seine-Maritime, consciente de ne pas maîtriser tous ces aspects a su s'entourer de personnes compétentes et a bénéficié du soutien du service informatique du CHU Eure-Seine. L'adhésion au GCS télé-santé lui a également permis d'être tenue informée des évolutions du dispositif et d'en comprendre les tenants et les aboutissants.
Concernant l'EHPAD Les Jardins du Castel, le directeur a été présent tout au long de la phase expérimentale, notamment aux réunions de comité de pilotage du dispositif. Cette présence et cet investissement ont leur importance pour faire le lien entre le terrain et les pilotes du dispositif. Et lui permettent également d'envisager au mieux les risques à

[77] SLM, Avril-Mai 2014, « Télémédecine : le trait d'union Hôpital-EHPAD », *Décision Santé,* n°296, p.23

gérer : la télé-psychiatrie réduit d'un côté certains risques (douleurs, fatigabilité, angoisses…) mais le directeur doit être vigilant à ce qu'elle ne créé pas de nouveaux risques qu'ils soient technologiques (fiabilité, sécurité du matériel…) mais également auprès du résident (angoisses nouvelles, refus ou opposition…).

Le directeur doit enfin être au fait des obligations réglementaires. La participation aux Comités de pilotage permet de se tenir informé de cet aspect pas toujours évident, en termes de responsabilités notamment. La convention qui va être signée entre les différents partenaires permettra d'éclaircir ces points et de partager les responsabilités de chacun.

C'est également le directeur, en lien direct avec ses équipes, qui permet de cadrer les perspectives à donner au projet, à titre d'exemple pour l'EHPAD Les Jardins du Castel, les perspectives à court terme sont[78] :

- Augmenter le nombre de téléconsultations en psychiatrie et améliorer l'organisation de la consultation via le chariot mobile
- Réaliser un audit des résidents suivis
- Développer la télémédecine : accès à la SDSL / développer les autres partenaires notamment accéder à la téléconsultation de plaies et cicatrisations du ¨Pôle Saint-Hélier, éventuellement la cardiologie /

Le directeur, sans être un spécialiste du sujet, doit pouvoir répondre aux interrogations de ses équipes, des résidents et envisager le développement du dispositif de manière cohérente. C'est à ces conditions que la mise en place du dispositif de télé-psychiatrie pourra s'ancrer dans les pratiques de l'établissement et apporter aux résidents l'accompagnement de qualité, à tout point de vue, que nous devons leur fournir en tant que directeur d'EHPAD.

3.1.3 La réflexion éthique afin d'encadrer les pratiques en interne

Les questions éthiques reviennent à plusieurs reprises quand il s'agit de télémédecine, ou plus particulièrement de télé-psychiatrie comme nous l'avons vu précédemment.

Quand on intègre de nouvelles technologies et donc de nouvelles pratiques dans un établissement, il semble incontournable d'engager une réflexion sur leur bien-fondé et leur impact éthique afin de répondre au mieux aux interrogations des équipes à ce sujet et les impliquer de manière dynamique dans cette réflexion.

[78] « Rapport d'activités du pôle soins », *Rapport d'activités 2014 de l'EHPAD Les Jardins du Castel*, p.84

La réflexion éthique est effectivement pleine de sens et d'intérêt dans notre métier, permettant autant le questionnement que la confrontation de différents points de vue et la prise de recul.

L'Anesm la définit comme étant « *une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées* »[79].

Au sein des « Jardins du Castel », la possibilité de création d'un groupe de réflexion éthique a été lancée depuis 2012, avec en tête de file, la psychologue. A ce jour, il n'est toujours pas mis en place.

Un groupe de réflexion éthique ne serait évidemment pas uniquement consacré à des débats autours de la pratique de la télé-psychiatrie. Mais c'est un sujet qui pourrait y être abordé et ce afin de clarifier les pratiques au sein de l'établissement, notamment au sujet de l'information fournie au résident, du recueil de son consentement, de la présence d'un tiers lors de la consultation, de la destination des éléments recueillis durant la téléconsultation ou encore un débat sur la déshumanisation due aux nouvelles technologies.

La Haute Autorité de Santé (HAS), qui s'est également saisie de la question insiste sur l'importance de « *garantir un cadre éthique des pratiques de la télémédecine : respect des droits de la personne, confidentialité et protection des données médicales et personnelles, garantie du libre choix du patient et de son consentement éclairé* »[80].

Quant aux objectifs d'un tel groupe, comme le précise l'Anesm dans sa recommandation, c'est « *un temps pour aider ou soutenir le positionnement professionnel ou encore réfléchir sur des thématiques générales* »[81]. Récemment, un article du Mensuel des maisons de retraite traitait de ce sujet et indiquait que « *la réflexion éthique doit associer tous les points de vue en interne (usagers et/ou représentants, professionnels de différentes catégories) et intégrer idéalement des personnes de l'extérieur* »[82].

Dans un établissement comme l'EHPAD « Les Jardins du Castel », les personnels sont déjà dans une démarche de réflexion et de questionnement vis-à-vis de leurs pratiques avec entre autres, le développement de la philosophie de l'Humanitude qui vient appuyer la démarche bientraitante, pilier de l'établissement.

Le groupe de réflexion éthique pourrait ainsi venir questionner comme nous l'avons vu ci-dessus sans être confondus avec les instances décisionnelles déjà existantes et en

[79] ANESM, Juin 2010, « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », *Recommandation des bonnes pratiques professionnelles,* p.14

[80] HAUTE AUTORITE DE SANTE, Mars 2010, « La HAS très impliquée dans la télémédecine », *Terrain, Lettre de la HAS,* n°21. [visité le 8/12/2014], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_925842/fr/la-has-tres-impliquee-dans-la-telemedecine.

[81] ANESM – « Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », *Recommandation des bonnes pratiques professionnelles*, Juin 2010. p.32

[82] GIRAUD K., Mars 2015, « L'éthique, c'est pas automatique ! », *Mensuel des maisons de retraite,* n°179, p.21

mettant en avant ses principes fondamentaux : neutralité, confidentialité, bienveillance et régularité.

Si un groupe de ce type peut être créé au sein d'un établissement, il apportera indéniablement une valeur ajoutée à la qualité de l'accompagnement proposé aux résidents.

3.2 Prise en compte des professionnels

Afin d'optimiser cet accompagnement de qualité, il est également essentiel que les professionnels soient à l'aise dans leurs pratiques professionnelles et ainsi garantir leur propre bien-être au travail.

3.2.1 Formation et accompagnement aux nouvelles technologies et pratiques

Comme nous l'avons vu, la mise en place de la télé-psychiatrie demande l'engagement des professionnels de l'EHPAD dans le dispositif. Afin de faciliter ce dernier, les professionnels doivent également être accompagnés.
A l'instar des résidents, la première étape est l'information. C'est un retour de l'équipe de l'EHPAD qui estime n'avoir pas toujours eu en temps voulu les informations qui leur semblaient utiles. Pour exemple, cet hiver, alors que la mise en production de la plateforme prenait du retard, les infirmiers ne savaient pas dire pourquoi il ne se passait plus rien du côté de la télémédecine. A l'issue des entretiens réalisés, nous avons constaté qu'il y avait un écart dans les projections de chacun par rapport au dispositif, entre les pilotes/coordonnateurs et les professionnels de terrain.
Il faut donc, en tant que directeur, bien penser le dispositif en amont et ne pas juste l'intégrer au sein de l'établissement sans y associer les professionnels. La communication joue ici un rôle primordial, qu'elle soit d'ailleurs à destination des professionnels directement impliqués mais également de tous les professionnels de l'établissement. Cela peut se faire lors des instances tels que le CVS ou le CTE dont les comptes-rendus sont diffusés dans les services.

Mais c'est sûrement la formation qui est le principal outil à ne pas négliger car des changements d'habitude sont induits par l'utilisation de nouvelles technologies. Concernant les personnels de l'EHPAD, ils auraient préféré une formation sur site avec le matériel de l'établissement qu'ils seront amenés à utiliser à la formation qu'ils ont reçue. Le GCS e-Santé, qui s'est chargée de l'organisation de ces formations a néanmoins répondu à cette demande en venant à plusieurs reprises dans l'établissement à la rencontre des infirmiers principalement, pour échanger sur leurs nouveaux questionnements et leur expliquer le fonctionnement du matériel présent. La cadre de santé estime qu'il est important que « *chacun ait entendu la même chose avec le même*

matériel »[83]. A l'heure actuelle, ce n'est pas encore le cas dans l'établissement. Mais plus les professionnels seront formés et auront obtenu des réponses à leurs questions, moins ils auront d'angoisse et de crainte à utiliser le matériel et cela se ressentira sur l'accompagnement des résidents.
Il existe d'ailleurs au sein du GCS e-Santé Bretagne un pôle métier qui travaille sur la conduite du changement et l'accompagnement des professionnels.

L'ANFH est également impliquée dans ce processus, en l'occurrence l'ANFH Bretagne pour le projet étudié. Cette dernière y consacre d'ailleurs l'une de ses lettres, « L'événement formation » en insistant sur le fait que « *la pratique de la télémédecine ne s'invente pas. Les soignants médicaux et paramédicaux doivent accepter de se former à ces nouvelles pratiques, en ayant notamment connaissance du cadre réglementaire de leur mise en œuvre* »[84]

A pratique émergente, dispositifs innovants. Ainsi les offres de formation vont certainement s'étoffer dans les années à venir pour venir répondre aux besoins des professionnels de terrain qui vont utiliser dans leurs pratiques le matériel de télémédecine. Il est donc important que le directeur d'EHPAD prenne en compte ces évolutions dans la construction de son plan de formation.
En parallèle, il sera intéressant de pouvoir répondre aux éventuelles demandes de professionnels sur des formations en lien avec l'accompagnement géronto-psychiatrique. Pour autant, cette demande n'est pas franchement ressortie des entretiens réalisés.

3.2.2 Travailler sur l'organisation des services

Une fois que les professionnels sont informés et formés, l'étape suivante est de penser à la manière dont peut s'articuler leur organisation afin que ce nouveau mode d'accompagnement psychiatrique s'intègre dans leur quotidien.
Comme nous l'avons précédemment évoqué, les infirmiers, premiers professionnels concernés et impactés par la télé-psychiatrie, ont déjà des fiches de poste bien remplies.
De quelle manière est-il donc possible d'y intégrer les téléconsultations sans que cela perturbe leur fonctionnement actuel et que l'accompagnement en télé-psychiatrie soit de qualité ?
Là-encore, l'ANFH indique que « *la télémédecine a une incidence sur les organisations et par là-même sur les ressources humaines* »[85].

[83] Entretien n°4 avec Madame C., cadre de santé à l'EHPAD
[84] SIMON P., Février 2015, « La télémédecine quels impacts sur les pratiques soignantes ? », *L'événement formation, revue de l'ANFH Bretagne,* n°64, p.3
[85] LOISEL P., Février 2015, « La télémédecine une plus grande égalité d'accès aux soins », Ibid., p.1

Dès lors plusieurs pistes peuvent se dessiner afin de permettre aux équipes de conserver ou trouver un nouvel équilibre. Est-il judicieux de consacrer un infirmier sur ce dispositif ? Cet infirmier serait référent en télé-psychiatrie et son planning ferait en sorte qu'il soit présent la matinée mensuelle où se déroulent les téléconsultations. Cette solution semble peut réalisable sur le terrain dans le sens où ça concentrerait les informations sur un seul personnel alors que nous avons vu que justement, la télé-psychiatrie apporte du lien et de l'échange en interdisciplinaire, en interne et en externe. Par ailleurs, les dates de téléconsultations sont arrêtées par le Docteur M., médecin du CHGR et il semble peu opportun de faire dépendre le planning d'un agent de celles-ci.
Si le dispositif de télémédecine venait à s'élargir à d'autres spécialités médicales, il serait à ce moment bon d'envisager de dédier un poste à la télémédecine. Mais l'établissement se trouverait alors face à des contraintes d'ordre budgétaire qui complexifierait les choses. Néanmoins si cet élargissement se produisait, le médecin coordonnateur de l'établissement, sur un volet plus somatique, pourrait être intégré de manière plus soutenue au dispositif.

Il semble donc pertinent que chaque infirmer de l'EHPAD soit concerné par la télé-psychiatrie et s'y trouve impliqué selon les jours de téléconsultations. Ces jours là, il faudra définir quel infirmier y participe. A l'EHPAD « Les jardins du Castel », il y a le matin deux infirmiers en poste, le poste I1 qui gère les soins de la matinée et le poste I2 qui a pour mission principale le suivi des références de son secteur. Actuellement, il se dessine que lors des matinées de téléconsultations, le poste I2 soit « affecté » à la télémédecine. Cela génère donc un décalage sur le suivi des références. C'est pour cela que les professionnels de l'EHPAD avaient commencé à réfléchir à des solutions dont celle impliquant la participation de la psychologue. Mais les textes n'étant pas très précis sur ce sujet, il semble qu'actuellement, seuls les infirmiers peuvent participer aux consultations en télé-psychiatrie.

Chaque établissement trouvera la solution qui lui convient le mieux, en accord avec la réglementation, et le directeur ainsi que la cadre de santé devront associer les IDE à cette concertation. Il faudra souvent faire avec des moyens et des effectifs constants et donc être vigilant à ne pas réduire la qualité d'un autre accompagnement pour permettre le déroulement de la télé-psychiatrie.
En sus de l'organisation des services, il faudra réfléchir aux modalités d'organisation des téléconsultations elles-mêmes qui ont un impact sur la première. Effectivement les professionnels devront pouvoir anticiper le refus au dernier moment d'un résident de participer à la téléconsultation et ne pas retarder les prises en charge que ce soit pour optimiser le temps médical ou le temps soignant.

3.2.3 Des liens entre professionnels qui génèrent une montée en compétences

Alors que sur certains établissements, la principale crainte des professionnels était que « *la télé-psychiatrie ne remplace l'intervention psychiatrique sur site par le médecin-psychiatre et l'infirmière de secteur* »[86], il s'avère finalement que la majorité d'entre eux en retire du positif.

C'est tout d'abord dans les temps d'échange avec les médecins psychiatres du CHGR que les infirmiers voient un effet très positif. Effectivement avant la mise en place de la télé-psychiatrie, les IDE de l'EHPAD n'avaient pas de contact direct avec les médecins du CHGR. Désormais les temps d'échange instaurés en amont et en aval de la téléconsultation hors de la présence du résident permettent à l'équipe de l'EHPAD d'apporter des éléments au médecin psychiatre et ensuite aux professionnels de l'EHPAD d'avoir directement des informations, voire des conseils, sur la conduite à tenir avec le résident. « *Cet échange permet de faire tomber les représentations qu'on peut avoir entre professions. Ça permet de mieux délimiter les territoires d'intervention et puis d'avoir confiance* »[87].

En plus de ces conséquences positives, l'ANFH parle de la fonction « apprenante » de la télémédecine qui permet aux soignants de mutualiser leurs savoirs.

Même si les professionnels aperçoivent tout juste leur intérêt avec la télé-psychiatrie, ils sont pour autant certains que la télémédecine sur d'autres spécialités comme la dermatologie ou la cardiologie par exemple leur permettra d'apprendre de nouvelles techniques et ainsi d'augmenter leurs compétences. Madame Q., chef de projet télémédecine du GCS e-Santé Bretagne, pense que c'est un axe majeur du développement de la télémédecine, « *ça permet une montée en compétences des acteurs et ça donne un rôle à des soignants. Ca ouvre des perspectives d'évolution de carrière, sur le plan de l'intérêt, de la pratique professionnelle. On fait de nouvelles choses, de nouveaux actes, on a de nouveaux interlocuteurs* »[88].

C'est dans cette optique que se créent des nouveaux métiers, dont celui d'assistant de télémédecine dont les principales missions sont de centraliser les demandes et gérer l'agenda des spécialistes. Le Docteur Pierre ESPINOZA, pionnier dans la mise en place de dispositif de télémédecine en direction des personnes âgées avec Télégéria indique concernant cette nouvelle fonction que cela « *valorise une fonction d'aide-soignant ou d'IDE à travers la maîtrise technologique des stations, l'accompagnement humain des*

[86] Entretien n°12 avec Madame M., directrice de l'EHPAD d'A.
[87] Entretien n° 5 avec Madame T., psychologue de l'EHPAD.
[88] Entretien n°1 avec Mme Q., chef de projet télémédecine du GCS e-santé Bretagne

patients, la médiation éventuelle pour certains actes et surtout l'organisation mise en place pour des raisons d'efficience professionnelle et économique »[89].

Dans cet accompagnement des professionnels, il ne faudra donc pas hésiter à valoriser ces nouvelles missions qui leur sont imparties au sein de l'établissement afin qu'ils s'en saisissent de la manière la plus positive possible et envisagent également de leur côté les améliorations à apporter au dispositif et les éventuelles perspectives en termes d'accompagnement des résidents.

3.3 Développer et conforter la place de l'établissement sur un territoire donné

Enfin et afin de prendre en compte toutes les dimensions de la télémédecine, je ne pouvais occulter la dimension territoriale que peut avoir ce dispositif et la manière dont il est possible de le développer.

3.3.1 L'ouverture de l'établissement sur son environnement

En participant à cet appel à projet, l'EHPAD « Les Jardins du Castel » s'est de fait retrouver au cœur d'un partenariat avec le CHGR de Rennes mais également avec les autres structures médico-sociales impliquées, dont des EHPAD.
Cela permet, en tant que directeur, comme nous l'avons vu précédemment, d'obtenir du soutien d'un point de vue technique mais également pour la compréhension du dispositif. Le partenariat peut par ailleurs s'étendre sur le fonctionnement plus général de l'établissement.
Pour exemple, la directrice de l'EHPAD d'A. que nous avons interrogée, a trouvé sa vitesse de croisière avec le partenariat mis en place avec le CH du Rouvray. En parallèle à cet engagement dans les consultations en télé-psychiatrie, l'EHPAD s'est engagé à accueillir des patients de l'hôpital. La télé-psychiatrie a donc permis de renforcer les liens entre établissements et une meilleure coopération permettant toujours de proposer un accompagnement de qualité aux résidents.

Comme l'indique l'Anesm, « *pratiquer l'ouverture, c'est aussi contribuer au décloisonnement du secteur social et médico-social, questionner l'organisation interne, faciliter l'accès des personnes aux ressources du territoire. Et offrir une transparence qui participe de la prévention des risques de maltraitance* »[90].

[89] ESPINOZA P., Avril 2011, « Télémédecine et gériatrie : un avis spécialisé sans déplacer la personne âgée », *DPC & Pratiques,* n°54, [visité le 19/12/2014], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr
[90] ANESM, décembre 2008, « Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », *Recommandation des bonnes pratiques professionnelles*, p.1

Un EHPAD en milieu rural qui dispose du matériel permettant la télémédecine est une réelle ressource pour le territoire. Effectivement, dans certains territoires isolés, les habitants ont du mal à avoir accès à des consultations avec des spécialistes, du fait de la distance géographique qui les sépare d'un grand centre urbain. Nous sommes alors là confrontés au phénomène de désertification médicale. Il n'y a pas toujours de centres de santé pour pallier ce problème et l'EHPAD, de par son statut d'établissement public médico-social, peut être le lien nécessaire entre médecins à distance et habitants du territoire. L'EHPAD, disposant du matériel de télémédecine, répondrait ainsi à sa mission principale, à savoir, l'accompagnement social et médical de ses résidents et pourrait répondre à des besoins de santé publique plus étendus dont un accès équitable aux soins pour tous en ouvrant ses portes et sa salle de télémédecine aux habitants de son secteur géographique.

Il faudrait à ce moment engager un travail en amont en termes de logistique et de responsabilités sur les modalités d'accueil des personnes extérieures, des relations avec les médecins traitants qui devront prendre leur place dans ce suivi à distance.

C'est ce qu'a réussi à mettre en place le dispositif Telehpad géré par la Mutualité Française dans les Côtes d'Armor. « *Des salles de téléconsultations dans les EHPAD permettent à la population résidant en zone rurale de bénéficier à distance de consultation de spécialistes, …, autant les résidents que la population locale* »[91].

Engager cette réflexion et cette ouverture permet de décloisonner les relations entre l'EHPAD et l'extérieur. Cela peut permettre à des habitants du secteur de se rendre compte plus concrètement de la réalité d'un EHPAD et pourquoi pas désacraliser ce lieu s'il devait être amenés à y être admis. Dans un autre sens, ces « visites » de l'extérieur peuvent apporter une nouvelle dynamique dans l'établissement. Créer des passerelles entre l'EHPAD et son environnement direct est essentiel. Les nombreux partenariats existants au sein de l'EHPAD Les Jardins du Castel m'ont prouvé tous les jours qu'il était important de ne pas fermer les portes de l'établissement, dans un sens comme dans l'autre, et de l'intégrer à la vie de la cité. Le faire par le biais de la télémédecine est un axe de réflexion à ne pas négliger.

3.3.2 Développement sur d'autres spécialités médicales

Le développement de la télé-psychiatrie peut également s'imaginer sur la diversification des spécialités médicales proposant des consultations à distance.

Comme nous l'avons vu lors de la présentation du dispositif de télémédecine, ce dernier peut répondre aux besoins de nombreuses spécialités, par exemple et de manière non

[91] BAUDENEAU A., décembre 2013, « Des salles de télémédecine dans les EHPAD des Côtes d'Armor », *Actualité de la Mutualité Française*, [visité le 22/12/2014], disponible sur internet : www.mutualite.fr

exhaustive : la radiologie, la cardiologie, la diabétologie, la dermatologie, la gériatrie, l'odontologie…
La base en terme de matériel est la même pour ces spécialités et la télé-psychiatrie. Seul du matériel spécifique pourrait être ajouté selon les besoins : divers capteurs médicaux, une caméra mobile,…

Développer le volet somatique en télémédecine peut avoir des conséquences positives pour un établissement tel qu'un EHPAD : réduire encore les transports des résidents et ainsi les frais liés à ceux-ci (pour les familles comme pour l'Assurance Maladie), gagner en confort pour les résidents, une montée en compétences continue pour les professionnels. Ce n'est pas un hasard si lors de nos entretiens, les professionnels de l'EHPAD Les Jardins du Castel attendent beaucoup du passage d'une télémédecine uniquement psychiatrique à une télémédecine plus large incluant de nouvelles spécialités. Que ce soit la cadre de santé ou les infirmiers, ils attendent beaucoup du volet plaies et cicatrisations qui correspond à une grande partie de leur travail, notamment en prévention et traitement des escarres.
Suite aux entretiens menés, il nous semble qu'il serait moins difficile de mobiliser une équipe autour de problématiques somatiques plutôt que psychiatriques quant il s'agit de télémédecine. On en revient ici au fait que la télé-psychiatrie pose des questions d'ordre éthique qu'on ne retrouverait pas sur de la télé-cardiologie ou télé-dermatologie par exemple. Pour autant le développement de ces spécialités poserait d'autres questions, notamment en termes de responsabilités car autant en psychiatrie, il n'y a pas d'actes délégués ou réalisés à proprement parlé par l'établissement requérant, autant des actes techniques pourraient être amenés à être réalisés en dermatologie par exemple sous les ordres du médecin requis (le spécialiste). Un travail important entre les deux entités du dispositif devra être réalisé en amont afin que chacun y trouve sa place et qu'un climat de confiance se créée, et ce afin, une nouvelle fois, que l'accompagnement du résident soit le plus serein et qualitatif possible. Les infirmiers sont en tout cas impatients de pouvoir expérimenter ces dispositifs. « *Augmenter les compétences, ça c'est le point positif au niveau IDE* »[92].

Ce développement vers de nouvelles spécialités médicales ne sera pas sans engager également une réflexion approfondie sur l'organisation des services. Nous l'avons vu plus haut, la télé-psychiatrie demande déjà de penser les organisations, les professionnels engagés dans le dispositif. Elargir la télémédecine à divers volets somatiques, c'est toucher plus de résidents et prévoir plus de téléconsultations. En terme humain, il faudra réfléchir à l'opportunité de dégager un poste infirmier à ce dispositif. Mais cela sera-t-il

[92] Entretien n°7 avec Monsieur T., IDE à l'EHPAD

financièrement possible ? Les dotations actuelles ne permettent pas la création de postes supplémentaires.

Le directeur, tout en sachant tirer profit des compétences matérielles ou humaines présentes au sein de son établissement, devra là aussi être le garant de ces nouvelles pratiques en créant des partenariats avec d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux. Développer la télémédecine en interne, ce sera également développer la place de l'établissement sur le territoire comme nous pouvions le voir dans le paragraphe précédent.

Conclusion

A l'issue de ce travail de réflexion, il me semble aujourd'hui essentiel de composer avec les nouvelles technologies qui se développent chaque jour afin d'améliorer toujours l'accompagnement des résidents que nous accueillons en EHPAD.
Ce travail a porté essentiellement sur le dispositif de télé-psychiatrie qui en est un petit maillon représentatif mais certainement le début d'une nouvelle organisation du soin et des partenariats avec le secteur sanitaire en EHPAD. La télé-psychiatrie, comme la télémédecine doit bien être considérée pour ce qu'elle est, à savoir un outil supplémentaire mis à la disposition des professionnels et non pas une solution toute trouvée adaptable à chacun. L'individualisation de l'accompagnement reste le point d'orgue des valeurs à mettre en œuvre en EHPAD et le directeur doit être garant de celles-ci.
Comme nous l'avons vu, les consultations de télé-psychiatrie à distance ne sont pas adaptées à tous et la mise en place du dispositif devra donc être accompagnée d'une réflexion qu'elle soit éthique ou organisationnelle.

Pour autant, il est indéniable qu'il est valorisant pour un établissement de s'inscrire dans ce type de démarche que ce soit pour apporter des réponses en interne à des accompagnements spécifiques, tels que le suivi géronto-psychiatrique ou mettre en œuvre une ouverture sur l'environnement extérieur. Le secteur psychiatrique étant confronté à une pénurie de praticiens comme de moyens, les consultations à distance semblent tout à fait adaptées à ce type d'accompagnement, d'autant que les EHPAD accueillent aujourd'hui des personnes âgées de plus en plus atteintes de troubles psychiatriques, qu'elle qu'en soit la teneur.

A l'heure actuelle, la télé-psychiatrie touche finalement peu de résidents dans un établissement mais l'intérêt réside dans l'évolution à donner au matériel et la manière dont le directeur saura élargir le dispositif vers d'autres spécialités médicales afin que le dispositif ne représente pas une perte non compensée qu'elle soit financière ou humaine (le temps passé comme nous l'avons vu doit être réorganisé).
Ainsi l'exemple de l'EHPAD Les Jardins du Castel permet de comprendre en quoi il est important pour un directeur d'être au fait des appels à projet ou encore des innovations du secteur. Sans se perdre dans une multitude de projets qui n'auraient pas de sens, être dans une dynamique de réflexion pour un accompagnement adapté aux résidents est essentiel, même si cela bouleverse les pratiques et les habitudes, tant des résidents que des professionnels.

Car c'est souvent avec ce type de projet que le directeur comme les coordonnateurs du dit-projet trouvent une plus-value qu'ils n'avaient pas forcément anticipée au départ. Ici, et dans le cas de la télé-psychiatrie, au-delà du fait qu'elle apporte un plus dans l'accompagnement de certains résidents, elle a également permis la création de liens entre professionnels et professions, en interne comme en externe.

Comme pour tout dispositif innovant, il reste à voir la manière dont il pourra évoluer, d'autant qu'il n'y a pour le moment pas de réelles évaluations médico-économiques et donc des questionnements sur la pérennité du dispositif.
Mais au vu des premiers résultats très encourageants, il y a fort à parier que la télé-psychiatrie se développe encore dans les EHPAD et les établissements médico-sociaux, qu'ils soient isolés géographiquement ou non.

Sources et bibliographie

Articles

ALLERMOZ E., Septembre 2013, « Des téléconsultations en psychiatrie », *Médecins,* n°31, p.8

BASTIE E., 2015, « Un robot au service des pensionnaires d'une maison de retraite en France ». *Le figaro.fr*. [visité le 21 avril 2015], disponible sur internet : http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2015/04/21/01016-20150421ARTFIG00315-un-robot-au-service-des-pensionnaires-d-une-maison-de-retraite-en-france.php

BAUDENEAU A., décembre 2013, « Des salles de télémédecine dans les EHPAD des Côtes d'Armor », *Actualité de la Mutualité Française*, [visité le 22/12/2014], disponible sur internet : www.mutualite.fr

CHARAZAC P., 2006, « Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard », *L'information psychiatrique* 5/2006, Volume 82, pp.383-387

CORDIER C, MORET A., 2014, « L'offre de soins géronto-psychiatrique, à fort potentiel, apparaît largement perfectible », *HOSPIMEDIA*, Dossier Psychiatrie. Partie 1 : une offre à développer, spécialiser ou encore diversifier dans chacune des régions, disponible sur internet : www.hospimedia.fr, publié le 04/02/2014.

ESPINOZA P., Avril 2011, « Télémédecine et gériatrie : un avis spécialisé sans déplacer la personne âgée », *DPC & Pratiques,* n°54, [visité le 19/12/2014], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr

GIRAUD K., Mars 2015, « L'éthique, c'est pas automatique ! », *Mensuel des maisons de retraite,* n°179, p.21

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Mars 2010, « La HAS très impliquée dans la télémédecine », *Terrain, Lettre de la HAS,* n°21. [visité le 8/12/2014], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_925842/fr/la-has-tres-impliquee-dans-la-telemedecine.

LEFRANCOIS P., 2013, « Une discipline en développement : la gérontopsychiatrie », *Géroscopie*, n°39, [visité le 29/12/2014], disponible sur internet : www.geroscopie.fr

LOISEL P., Février 2015, « La télémédecine une plus grande égalité d'accès aux soins », Ibid., p.1

LUSSIER MD, PACCALIN M, 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », *Revue hospitalière de France,* n°527, p.30

MARIN P., Juin 2014, « La télémédecine : une voie actuelle et d'avenir en matière de prise en charge en santé », *Les Cahiers de la fonction publique,* n°344, pp.71-73

MASSE G., FRAPPIER A., KANNAS S., février 2007, « Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française », *Les Cahiers hospitaliers*, n°231, pp.19-23, [visité le 15/01/2015], disponible sur internet : www.cairn.info

ROBIN D., 2015, « La télémédecine, le sujet vu par…», *L'événement formation, revue de l'ANFH,* n°64*, 4 pages, p.2.*

SIMON P., Février 2015, « La télémédecine quels impacts sur les pratiques soignantes ? », *L'événement formation, revue de l'ANFH Bretagne,* n°64, p.3

SLM, Avril-Mai 2014, « Télémédecine : le trait d'union Hôpital-EHPAD », *Décision Santé,* n°296, p.23

« Rouvray : des consultations de psychiatrie à distance », 11 avril 2013, *Interactions, le magazine de la FHF,* n°13, [visité le 29/12/2014], disponible sur internet : http://www.fhf.fr/Actualites/Autonomie/Initiatives-medico-sociales/Rouvray-Des-consultations-de-psychiatrie-a-distance

Rapports

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS, Janvier 2009, « Les préconisations du Conseil National de l'Ordre des Médecins », *Livre Blanc sur la télémédecine*, 22 pages, disponible sur internet : http://www.conseil-national.medecin.fr

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS, Mars 2012, « Recommandations pour la mise en œuvre d'un projet de télémédecine / 4.3.5 Chantier 'Soins en structure médico-sociales ou HAD'», *Plan national de déploiement de la TM*, 93 pages

Etudes DREES : les pathologies des personnes âgées vivant en établissement, *Revue Etudes et Résultats*, n°494, Juin 2006

HAUTE AUTORITE DE SANTE, Juin 2011, « Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation », *Note de cadrage HAS,* [visité le 24/12/2014] disponible sur internet : http://www.has-sante.fr

LASBORDES P., Octobre 2009, « La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être / fiche P11 – Les troubles psychiatriques », *Plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France*, 247 pages, p. 171

Textes de loi

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Article L.6316-1 créé par la loi du 21 juillet 2009-art.78 [en ligne], Code de la Santé Publique, disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine [en ligne], Journal officiel, JORF n°0245, publié le 21 octobre 2010, disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr

Ouvrages

BLANCHET A. et GOTMAN A., 2006, *L'enquête et ses méthodes, l'entretien*, Paris : Armand Collin, 128 pages, p.9

CLÉMENT JP, LEGER JM, WERTHEIMER J., 1999, *Psychiatrie du sujet âgé*, Paris : Edition Flammarion Médecine-Sciences, 620 pages

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM

« Ouverture de l'établissement à et sur son environnement », *Décembre 2008*, p.1

« Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux », Juin 2010*,* p.14

Documents EHPAD

« Dossier de candidature Projet AGETELEPSY », *Appel à projet télémédecine-ARS Bretagne*, Septembre 2013, p.19

« Rapport d'activités du pôle soins », *Rapport d'activités 2014 de l'EHPAD Les Jardins du Castel*, p.83

Site internet

www.who.int

http://gerontotechnologies.blogspot.fr

http://www.sante.gouv.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Les grilles d'entretien

Annexe 2 : La liste des interviewés

Annexe 3 : La grille d'analyse thématique des entretiens

Annexe 4 : La grille d'analyse thématique des lectures

Annexe 5 : Fiches d'identité du GCS e-Santé Bretagne, de la plateforme Sterenn et du projet AGETELEPSY

Annexe 6 : Photographie du chariot de télémédecine à l'EHPAD Les Jardins du Castel

Annexe 1 : Les grilles d'entretien

1. IDE psy du CHGR / Dr D., psychiatre CHGR

- Quels sont les troubles cognitifs/ du comportement rencontrés en EHPAD ? Quelle est leur prévalence ?
- Quelles sont les solutions d'accompagnement existantes à votre connaissance ?
- Si psychiatrie, comment l'accompagnement psychiatrique est-il organisé ? Et quelle est son évolution ces dernières années (histoire, comment se faisait le suivi psy des résidents d'EHPAD avant)?
- De quelle manière la télémédecine s'est-elle « invitée » dans cet accompagnement psychiatrique ?
- Comment s'intègre-t-elle dans l'accompagnement du résident ?
- Comment est-décidé qu'un résident soit suivi en téléconsultation ?
- Vous servez-vous de la télémédecine pour d'autres usages que la téléconsultation ?
- Votre relation avec les professionnels de l'EHPAD a-t-elle changé depuis l'utilisation de la télémédecine ?
- De votre place, comment ont été intégrées les questions d'ordre éthique et de responsabilité dans cette nouvelle pratique ?
- Pouvez-vous d'ores et déjà me donner, toujours selon vous, les aspects positifs et négatifs de la télémédecine? (à tous points de vue : résidents, professionnels et vous-même) ?

2. Mme Q., chef de projet télémédecine du GCS-esanté Bretagne

- Quels étaient les besoins identifiés sur le département/région qui ont poussé le GCS à se poser la question du développement de la télémédecine ?
- Quels sont les premiers retours de la mise en place de la télé-psychiatrie sur le territoire de santé n°5 ?
- Comment gérez-vous les questions de financement liées à ce nouveau mode d'accompagnement ?
- Existe-t-il une « cellule » au sein du GCS qui travaille sur les notions d'éthique et de responsabilité en lien avec la télé-psychiatrie ?
- Quel accompagnement proposez-vous aux EHPAD pour une mise en place efficiente du dispositif de télémédecine ?
- Quels sont de votre place les avantages et les inconvénients de la télémédecine ?
- Connaissez-vous/avez-vous le retour d'autres expériences similaires dans d'autres départements/régions/pays ?
- Quelles sont les perspectives pour les années à venir ?

3. IDE/CADRES DE SANTE, MEDECIN COORDONNATEUR, PSYCHOLOGUE EHPAD

- Quels sont les troubles cognitifs/ du comportement auxquels vous êtes confrontés quotidiennement en EHPAD ?
- Quelles sont les solutions d'accompagnement existantes à votre connaissance ?
- Parmi celles-ci, quel est le rôle de la psychiatrie ? Comment l'accompagnement psy est-il organisé (histoire…) ?
- Quels sont les avantages et les limites de l'accompagnement psy actuel ?
- Que pensez-vous de l'arrivée de la télémédecine, et en particulier, des téléconsultations psy à l'EHPAD ? A-t-elle, selon vous, complété l'accompagnement des résidents ?
- Comment s'organisent les téléconsultations et télé-expertise à l'EHPAD ?
- Y-a-t-il eu un impact sur votre travail ? Si oui, lequel ?
- Comment est-ce vécu par le résident ? Avez-vous eu des retours ?
- Connaissez-vous le rôle de la télé-expertise ?
- Le développement de la télémédecine vous pose-t-il des questions d'ordre éthique ?
- Pouvez-vous d'ores et déjà me donner, toujours selon vous, les aspects positifs et négatifs de la télémédecine? (à tous points de vue : résidents, professionnels et vous-même) ?

4. RESIDENTS

- Connaissez-vous le dispositif de téléconsultations pour les rendez-vous avec votre psychiatre ?
- Avez-vous déjà eu des téléconsultations ?
- Comment vous a été présenté ce dispositif (qui, accord,..) ?
- Comment se passaient vos rdv avant les téléconsultations (transports, délai, rdv en lui-même…) ? Combien de fois par mois voyez-vous le Dr M.?
- Préférez-vous allez voir le Dr M. au CHGR ou rester à l'EHPAD pour bénéficier d'une téléconsultation ?
- Avez-vous rencontré des difficultés ? Si oui, lesquelles ?
- Quels sont pour vous les aspects positifs et négatifs des téléconsultations?

5. Directeur d'EHPAD

- Quels sont les modes d'accompagnement existant dans votre EHPAD pour répondre aux troubles du comportement/cognitifs?
- Comment l'accompagnement psychiatrique est-il organisé ? Quelle est son évolution ces dernières années (historique, habitudes sur l'établissement…) ?
- De quelle manière votre établissement s'est-il ouvert au dispositif de télémédecine et en particulier la télé-psychiatrie (quels besoins étaient identifiés ? motivations ? Objectifs ?)

- De quelle façon la télémédecine s'est-elle développée au sein de votre EHPAD (de manière participative ? réunions ? procédures/protocoles ?...)?
- Comment ont été/sont accompagnés les professionnels ?
- Quel est votre regard aujourd'hui sur ce dispositif ? Répond-il à vos attentes et à celles de vos équipes ? Avez-vous eu des retours des professionnels et des résidents ?
- De quelle manière est financée la télé-psychiatrie dans votre établissement ?
- Ce dispositif est-il vécu comme un + pour votre établissement (valeur ajoutée ? …)
- Quelles sont vos perspectives pour l'avenir concernant autant la télé-psychiatrie que la télémédecine en général dans un établissement comme le votre?

Annexe 2 : La liste des interviewés

Numéro entretien	Nom et fonction de l'interviewé	Date et lieu de l'entretien
Entretien n°1	Mme Q., chef de projet télémédecine du GCS-esanté Bretagne	Mercredi 11 février 2015 dans les locaux du GCS
Entretien n°2	Docteur D., médecin psychiatre CHGR, coordonnateur projet AGETELEPSY pour le CHGR	Mardi 10 mars 2015 dans son bureau
Entretien n°3	Mme C., infirmière de l'équipe mobile de géronto-psychiatrie du CHGR	Jeudi 5 mars 2015 dans les locaux de l'équipe mobile
Entretien n°4	Mme C., cadre de santé à l'EHPAD	Jeudi 12 février 2015 dans son bureau
Entretien n°5	Mme T., psychologue à l'EHPAD	Mardi 10 mars 2015 dans son bureau
Entretien n°6	Mme H., médecin coordonnateur à l'EHPAD	Vendredi 6 mars 2015 dans son bureau
Entretien n°7	Mr T., IDE à l'EHPAD	Mercredi 25 mars 2015 dans le bureau du directeur
Entretien n°8	Mr B., IDE à l'EHPAD	Mercredi 25 mars 2015 dans le bureau du directeur
Entretien n°9	Mme G., résidente de l'EHPAD et son époux, Mr G.	Jeudi 9 avril 2015 dans sa chambre
Entretien n°10	Mme C., résidente de l'EHPAD	Jeudi 9 avril 2015 dans sa chambre
Entretien n°11	Mme L., résidente de l'EHPAD	Lundi 16 mars 2015 dans sa chambre
Entretien n°12	Mme M., directrice de l'EHPAD d'A. (Seine-Maritime)	Jeudi 30 avril 2015 par téléphone

Annexe 3 : La grille d'analyse thématique des entretiens

Thèmes	Troubles cognitifs des personnes âgées	Mode d'acc*.à l'EHPAD	Acc. psychia-trique actuel	Mise en place / organi-sation télé-psychiatrie	Acc. des pro-fessionnels	Acc. des résidents	Questions éthiques	Points +	Points -	Finan-cement
Entr. 1										
Entr. 2										
Entr. 3										
Entr. 4										
Entr. 5										
Entr. 6										
Entr. 7										
Entr. 8										
Entr. 9										
Entr. 10										
Entr. 11										
Entr. 12										

Acc. = accompagnement

Annexe 4 : La grille d'analyse thématique des lectures

Thèmes	La géronto-psychiatrie	Dispositif de télémédecine ou de télé-psychiatrie	Textes / Informations législatives et réglementaires	Atouts de la télémédecine et télé-psychiatrie	Limites de la télémédecine et télé-psychiatrie	Soutien aux professionnels	Ethique / responsabilité
Article XXX							
Ouvrage XXX							
Article XXX							

Annexe 5 : Fiches d'identité du GCS e-Santé Bretagne

et de la plateforme Sterenn

Les informations suivantes sont extraites du dossier de presse réalisé pour le lancement de la plateforme Sterenn le 21 juillet 2014 à Saint-Brieuc « Lancement de Sterenn, solution de télémédecine de la région Bretagne ».

1. Le GCS e-Santé Bretagne

Fondé en 2007 par la volonté des fédérations de professionnels et d'établissements de santé de Bretagne, le Groupement de Coopération Sanitaire assure la maîtrise d'ouvrage opérationnelle des projets et services de e-santé en Bretagne. Sa mission consiste à développer des services numériques performants, interopérables et sécurisés, respectant la confidentialité des données médicales, au service de la qualité et de la continuité de la prise en charge des patients.

Le GCS promeut, pilote, coordonne les projets mutualisés permettant les échanges numériques entre tous les professionnels de santé, qu'ils exercent en cabinet libéral, en établissement de santé ou médico-social public ou privé.

2. La plateforme Sterenn

Le GCS e-Santé Bretagne a lancé Sterenn, solution de télémédecine de la région Bretagne. Son objectif est de développer la téléconsultation, la téléexpertise et la téléassistance appliquées à des domaines médicaux multiples, en mettant à disposition des professionnels de santé une solution de haute qualité reliant des sites distants.

Structurée sous la forme d'un centre de services, la solution régionale de télémédecine permettra à l'ensemble des professionnels de santé de s'appuyer sur une plateforme d'échange d'informations sécurisée et accessible en ligne.

Ses différentes fonctionnalités : gestion des demandes et des rendez-vous ; création d'un télédossier ; gestion des demandes d'information complémentaires ; échange d'images, de photos et de vidéos ; communication par visioconférence, partage d'écran ou audioconférence ; gestion des comptes-rendus et des avis ; facturation ; bilan d'activité et statistiques ; archivage des données médico-légales relatives aux actes de télémédecine.

3. Le projet AGETELEPSY

Le projet AGETEPSY consiste à titre principal dans la mise en œuvre d'un dispositif de téléconsultations et téléexpertises de psychiatrie pour l'ensemble des EHPAD des secteurs couverts par le CHGR en appui du travail des équipes mobiles de gérontopsychiatrie, et à titre complémentaire, dans l'amélioration du suivi somatique des résidents des EHPAD du CHGR.

Annexe 6 : Photographie du chariot de télémédecine

à l'EHPAD Les Jardins du Castel

©lesjardinsducastel

QUÉAU	Aurélie	Décembre 2015

Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social

Promotion 2014-2015

L'intégration de la télé-psychiatrie dans l'accompagnement des résidents atteints de troubles psychiatriques en EHPAD

Résumé **:**

Les innovations technologiques font aujourd'hui partie du paysage médical et s'intègrent toujours plus dans les pratiques des professionnels de santé.

Parmi elles, la télémédecine fait figure de petite dernière et a devant elle une importante marge de progression et d'appropriation par les équipes, notamment depuis que sa pratique a été encadrée par la loi HPST du 21 juillet 2009. La télé-psychiatrie, qui est une des spécialités de télémédecine, se développe principalement pour des raisons d'éloignement géographique entre le spécialiste et le patient. Les EHPAD, souvent implantés en milieu rural, ont trouvé avec la télé-psychiatrie un moyen de répondre aux demandes croissantes d'accompagnement en géronto-psychiatrie de leurs résidents.

L'EHPAD Les Jardins du Castel, via la réponse à un appel à projet lancé par l'ARS Bretagne, a ainsi pu participer à un dispositif expérimental de télé-psychiatrie au bénéfice de ses résidents avant de rentrer dans un fonctionnement en routine.

La télé-psychiatrie, bien qu'elle pose de nombreuses questions, qu'elles soient d'ordre éthique ou organisationnel, semble trouver sa place dans les établissements médico-sociaux tant auprès des résidents concernés que des professionnels.

Mots clés **:**

Changement, confort du malade, EHPAD éthique, formation, gérontopsychiatrie, innovation technologique, organisation du travail, technologie de l'information et de la communication, téléconsultation, télémédecine.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.