



Université de Lille 2
Faculté d'ingénierie et Management de la santé (ILIS)



Baudier Lauren

L'INTEGRATION DE LA TELEPSYCHIATRIE DANS LE PARCOURS DE SOINS DE LA PERSONNE AGEE

Sous la direction du Dr Martine Lefebvre

Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master

Année universitaire 2016/2017

Master management sectoriel : établissements sanitaires et médico-sociaux

Composition du jury :

- Monsieur Stanislas WOCH, Responsable de filière,
- Docteur Martine Lefebvre, Présidente régionale des recherches en psychiatrie et santé mentale des Hauts de France,
- Mme Nathalie Noulon, Directrice d'établissement de psychiatrie.

Mémoire soutenu le jeudi 28 septembre 2017

Faculté Ingénierie et de management de la santé – ILIS

42 rue Ambroise Paré

59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le Dr Lefebvre, directrice de mémoire pour la qualité des échanges et de l'accueil dont elle m'a fait part tout au long de ce mémoire mais aussi de tous les conseils dont j'ai pu bénéficier.

Je voudrais également exprimer ma reconnaissance à Mme Caroline Dubois, directrice de la CGS MATISS pour son implication, sa rencontre fut très riche en enseignement dans le domaine de la télémédecine et l'organisation du parcours de soins en général.

Je remercie Mme Noulain, directrice de la clinique du Bocage, établissement où j'ai eu la chance d'évoluer pendant une année, qui m'a permis d'aborder une réflexion sur la prise en charge psychiatrique des personnes âgées dans le contexte actuel.

Je remercie le Dr Hanot, médecin coordinatrice de l'équipe mobile gériatrique Inter EHPADS de Denain, pour son retour d'expérience sur le dispositif de télé-psychiatrie mis en place dans le Valenciennois mais également le Dr Granato, médecin chef de service en psychiatrie au centre hospitalier de Maubeuge.

Je tiens à remercier également Mme Céline Rio, infirmière coordinatrice de l'équipe mobile gériatrique inter EHPAD de Denain pour le temps qu'elle m'a consacré et ses explications.

Je remercie Mr Opsomer, directeur de la résidence les Charmilles à Saint Saulve pour m'avoir fait bénéficier de son expérience.

Je remercie Mr Stanislas Woch, responsable de filière pour les enseignements qui nous ont été donnés tout au long de cette année scolaire et qui nous a permis de rencontrer différents intervenants dont les échanges ont été très enrichissants pour la rédaction de ce mémoire, je pense tout particulièrement à Mme Gorge Hélène.

Enfin je remercie toutes les équipes rencontrées pour leur temps qu'elles m'ont consacré mais aussi leur implication dans les différents projets.

SOMMAIRE

Remerciements.....	1
Sommaire	2
Table des illustrations	4
Introduction	5
Partie 1 : La place de la télémédecine dans le système de soins.....	8
I. Télémédecine : Médecine favorisée par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.....	8
a. Quelques définitions	8
b. Un cadre réglementaire favorable au développement de la télémédecine	11
c. Le développement de la télémédecine dans le secteur médico-social	12
II. Un contexte propice au développement de la télémédecine pour les personnes âgées	12
a. Une population vieillissante	13
b. Une inégale répartition de l'offre de soin sur le territoire.....	14
c. Une augmentation des dépenses de santé	15
III. L'arrivée de la télé-psychiatrie dans les établissements médico-sociaux	16
a. Les nouveaux besoins d'une population vieillissante.....	16
b. L'accompagnement des personnes âgées atteints de troubles psychiatriques en établissement médico-social	18
c. Naissance de la télépsychiatrie	20
Partie 2 : Un retour d'expérience encourageant dans une logique d'optimisation de la prise en charge psychiatrique du sujet âgé	23
I. Etat des lieux des dispositifs de télémédecine en faveur des personnes âgées dans les Hauts de France	23
a. Les acteurs impliqués dans les projets de télémédecine	23
b. Un exemple de dispositif : le projet Valenciennois Telepallia / Telepadia	26
II. Méthodologie de l'enquête	30
a. Des entretiens menés au plus près du dispositif	30
b. La rencontre de différents experts	32
III. Réponses aux questionnaires	33
a. Bien être et confort du résident.....	33
b. La présence d'un tiers lors de la consultation	34
c. Un nouveau mode de communication	35

d. Accompagnement des professionnels	37
e. Evolution du projet	38
Partie 3 : Eléments de réflexion afin d'optimiser la télé psychiatrie dans le parcours de soins de la personne âgée	39
I. L'amélioration de la prise en charge du résident.....	39
a. Le résident au cœur de son projet de vie	39
b. Un cadre déontologique et éthique face à la télé psychiatrie.....	40
II. Les professionnelles de santé : un rôle important dans l'optimisation de l'outil.....	43
a. Une organisation et des pratiques professionnelles à adapter	43
b. Le développement d'un lien particulier entre professionnels	45
III. Développement de la place de l'établissement sur son territoire	46
a. Ouverture de l'établissement sur son environnement.....	46
b. L'évolution de la télé psychiatrie	47
c. Financement télé psychiatrie	48
Conclusion	50
Liste des abréviations	51
Bibliographie	53

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 : Représentation de l'organisation de la e-santé.....	10
Figure 2 Schéma représentant la pyramide des âges en 2060 - Tableau de l'économie français Edition 2016	13
Figure 3 : Les effectifs de médecins inscrits au tableau de l'ordre de 1979 à 2016 - Atlas démographique médicale 2016.....	14
Figure 4 : Structure par âge et par sexe des résidents accueillis en 2011 et en 2015.....	19
Figure 5 : Photographie de la caméra dôme 360° utilisée pour les téléconsultations	28
Figure 6 : Photographie de la salle dédiée aux téléconsultations à la Résidence des Charmilles.....	28
Figure 7 : Schéma représentant le déroulement d'un acte de téléconsultation de sa demande jusqu'à la décision finale de traitement	29

INTRODUCTION

Depuis plusieurs années, une popularisation des nouvelles technologies et plus précisément des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) s'est développée en France.

Dans une période économique difficile, alors que le nombre de médecins diminue dans certaines régions, la demande de santé s'accroît du fait du vieillissement de la population. Face à cette équation qui semble compliquée, la télémédecine apparaît comme une évolution de notre système de soins afin de le rendre plus efficient.

D'après l'ORS, en matière de démographie médicale, les médecins en activité devraient être 10% moins nombreux dans les 15 prochaines années dans les Hauts de France¹. La télémédecine serait une solution afin de réduire les inégalités d'accès aux soins au niveau territorial mais pour cela une coopération entre les professionnels de santé sera nécessaire.

L'ARS des Hauts de France a bien cerné ces enjeux et s'est positionnée dans ce domaine en intégrant un projet régional de télémédecine à part entière dans son projet régional de santé 2011-2016 (PRS). La région figure ainsi aujourd'hui parmi les premières de France dans ce domaine.

En France, suite au décret du 19 octobre 2010, parmi toutes les NTIC, seule la télémédecine fait l'objet d'une définition dans le Code de la Santé Publique (art. R6316-1) : « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». L'acte de télémédecine est donc reconnu comme un acte médical à part entière, et se voit imposer les mêmes conditions de qualité, de déontologie et de confidentialité que tout autre acte médical.

Aujourd'hui la population mondiale vieillit rapidement. Le pourcentage d'adultes âgés de plus de 60 ans dans le monde devrait doubler entre 2015 et 2020, passant de près de 12%

¹ Article : Démographie médicale, le CNOM propose une approche par bassin de vie – ORS - NPDC

à 24%². De plus les personnes âgées sont exposées à des problématiques de santé physique et mentale particulières qu'il est nécessaire de prendre en compte.

D'après l'OMS plus de 20% des personnes de 60 ans et plus souffrent d'un trouble de santé mentale ou neurologique et 6,6% des incapacités chez les plus de 60 ans sont attribuées à des troubles mentaux ou neurologiques. Les troubles neuropsychiatriques les plus courants dans ce groupe d'âge sont la démence et la dépression. Les troubles anxieux touchent 3,8% de la population âgée, les problèmes liés à l'abus de substances psychoactives presque 1% et environ un quart des suicides concernent des personnes âgées de 60 ans ou plus.

De plus les équipes soignantes expriment leurs difficultés dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Ici aussi la télémédecine pourrait apparaître comme un soutien aux équipes.

En tant que futur membre de direction d'un établissement sanitaire ou médico-social, il est important pour moi de penser aux évolutions du système de santé afin de garantir un accès aux soins et une qualité de prise en charge toujours plus innovante. C'est pourquoi j'ai souhaité travailler sur la notion de télémédecine en faveur de la personne âgée avec un focus particulier sur la télé psychiatrie. Je me suis donc interrogée sur comment la télé-psychiatrie peut intervenir dans le parcours de vie d'une personne âgée et quels en sont les atouts et les limites ?

Cette problématique permet de prendre en compte la notion de télémédecine couplée à la psychiatrie en se focalisant sur une population spécifique fragile qui est la personne âgée.

De ce questionnement s'est dégagé quatre hypothèses :

- La télé-psychiatrie comme une réponse aux besoins de la population,
- L'utilisation de la télé-psychiatrie comme soutien aux équipes assurant la prise en charge de la personne âgée,
- Un cadre suffisamment clair dans le but d'une démarche sécuritaire et éthique,

² Bilan démographique 2016 - INSEE

- La télé-psychiatrie comme moyen de décloisonnement entre le domaine du sanitaire et du médico-social.

Afin d'obtenir des données concrètes, j'ai basé mes recherches sur différents supports. Le premier travail effectué s'est orienté sur un travail théorique basé sur la littérature. J'ai ensuite effectué une enquête de terrain dans différents établissements expérimentant la télé-psychiatrie.

Mon travail va s'articuler autour trois parties. Dans un premier temps je vais présenter le contexte de mon étude et redéfinir certaines notions essentielles pour la compréhension du sujet étudié, plus précisément je vais aborder la notion de nouvelles technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé notamment avec la télémédecine, puis un contexte actuel favorisant la mise en place de ces dispositifs et pour finir un focus sur la télé psychiatrie chez le sujet âgé.

La seconde partie de mon travail sera consacrée à mon enquête et au retour d'expériences auprès des établissements hébergeant des personnes âgées et des professionnels utilisant la télé consultation en psychiatrie.

Dans la dernière partie j'aborderai des éléments de réflexion et des pistes de progrès sur les outils, l'utilisation et l'intégration des professionnels dans un dispositif de télé psychiatrie.

PARTIE 1 : LA PLACE DE LA TELEMEDECINE DANS LE SYSTEME DE SOINS

Par la volonté d'offrir des soins de qualité accessible au plus grand nombre, les professionnels de santé associés aux ingénieurs ont réussi à combiner des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) ainsi que la médecine.

I. Télémédecine : Médecine favorisée par les nouvelles technologies de l'information et de la communication

a. Quelques définitions

L'**e-santé** correspond à l'ensemble des moyens, services et pratiques en rapport avec la santé s'appuyant sur les nouvelles technologies de l'information et la communication (NTIC).

La **télesanté** est quant à elle une composante de l'e-santé. Elle consiste à l'utilisation des NTIC au bénéfice des pratiques médicales et médico-sociales. Elle va permettre de faciliter la pratique de certains actes médicaux. Elle intègre l'ensemble des actes de prévention et de soins réalisés à distance.

La définition de la **télémédecine**, citée ci-dessous, est donnée par le Code de la santé publique dans l'Article L. 6316-1. du Code de santé publique³, issu de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

*« La **télémédecine** est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en relation, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer*

³ <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891327&dateTexte=&categorieLien=cid>

une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. »

Bien moins développée en France que dans d'autres pays comme les Etats-Unis, le Canada, le Danemark et la Suisse, la télémédecine représente pourtant un axe de développement et un enjeu majeur pour la santé dans les années à venir.

Inscrite dans le Code de la santé publique depuis 2010 et encadrée par la Loi HSPT (« Hôpital, patients, santé, territoire ») de 2009⁴, la télémédecine s'articule autour de cinq actes médicaux :

- la **téléconsultation** : cette pratique de télémédecine permet à un professionnel médical de consulter un patient à distance. Dans le cadre d'une téléconsultation, le patient peut avoir à ses côtés un professionnel de santé assistant le professionnel à distance ainsi qu'un psychologue,
- la **téléexpertise** : cette pratique de télémédecine consiste, pour un professionnel médical, à solliciter l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux experts à partir d'éléments du dossier médical du patient,
- la **télesurveillance médicale** : cette pratique de télémédecine permet à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical du patient pour prendre des décisions sur sa prise en charge,
- la **téléassistance médicale** : cet acte qui relève de la télémédecine permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte,
- la **réponse médicale** apportée dans le cadre de la régulation médicale lors des appels passés auprès du SAMU ou des centres 15 fait partie des actes de télémédecine.

⁴https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=040BF19347CE2899D72973D4A7CAFF77.tpdjo09v_2?cidTexte=JORFT EXT000020879475&idArticle=LEGIARTI000020881124&dateTexte=20090722&categorieLien=id

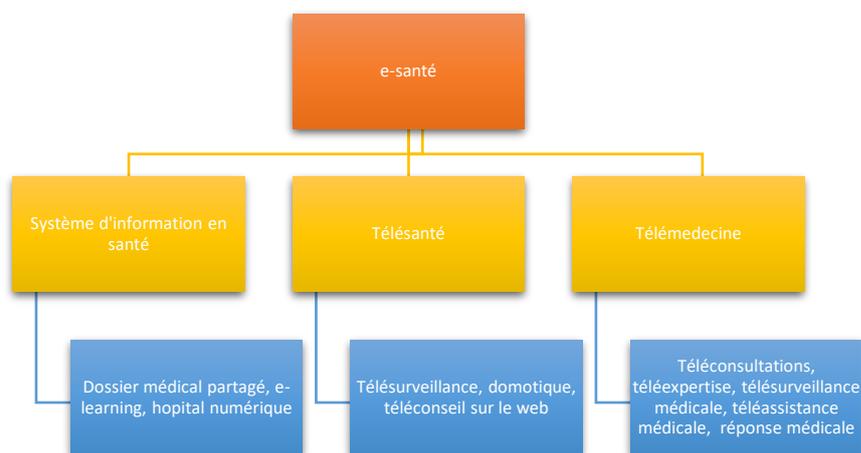


Figure 1 : Représentation de l'organisation de la e-santé

Quelque soit la pathologie, le type d'acte ou le patient, la démarche implique nécessairement que l'un des intervenants soit un professionnel de santé. Le patient doit être informé de tous les échanges le concernant et aucun recours à la télémédecine ne peut être décidé sans son consentement.

Le dispositif de télémédecine a été créé au regard des nouveaux bénéfices qu'elle pouvait apporter :

Bénéfices médicaux	<ul style="list-style-type: none"> - Un suivi régulier - Une participation du patient à la prise de décision thérapeutique
Bénéfices organisationnels	<ul style="list-style-type: none"> - L'accès pour tous à l'expertise médicale - Un accès facilité aux données de santé du patient - Une meilleure coordination de soins entre hôpital, ville et domicile
Bénéfices économiques	<ul style="list-style-type: none"> - Une réduction du nombre de complications - Une réduction du nombre de déplacement des patients - Une réduction du temps médical d'analyse des données

b. Un cadre réglementaire favorable au développement de la télémédecine

Le contexte législatif et réglementaire a défini le cadre dans lequel l'activité de télémédecine pouvait se réaliser :

- La circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de 3^{ème} génération définit comme un cadre privilégié l'application de l'e-santé. Cette circulaire amène une première notion de télésanté répondant au fait que « les plateaux techniques ne peuvent être implantés dans chaque établissement, ou groupe hospitalier. La télésanté permet une liaison entre les établissements, qui implique le partage de moyens par le biais de NTIC. »⁵
- La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie pose le cadre de la télémédecine dans son article 32 : « *la télémédecine permet entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie, mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical* ».
- La loi HPST définit la télémédecine à l'article L.6316-1 et la définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par les articles R.6316-1 à R.6316-11 (décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010). L'article 78 reconnaît officiellement la télémédecine et la définit comme « Tout acte médical réalisé à distance en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication en santé »
- La loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 et son article 36 portant l'expérimentation sur la rémunération des actes de télémédecine.
- L'arrêté du 28 avril 2016 portant le cahier des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par téléconsultation ou télé expertise mises en œuvre sur le fondement de l'article 36 de la loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

⁵ http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_21695.pdf

- La loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 et son article 91 portant notamment sur l'extension à toutes les régions, du périmètre de l'expérimentation sur la rémunération des actes de télé-médecine.

c. Le développement de la télé-médecine dans le secteur médico-social

Les actes de télé-médecine dans les établissements médicosociaux ne sont pas les plus fréquents. Ils ne représentent que 19% de la totalité des projets en 2013. Des résultats dans un rapport de la DGOS ont montré que trois quarts des projets sont destinés à tout public et seulement un tiers prend en charge des personnes âgées.

La télé-médecine en EHPAD peut toucher de nombreuses spécialités médicales, notamment celle en lien avec les pathologies fréquentes chez le sujet âgé comme la cardiologie, la dermatologie, la neurologie, la psychiatrie, etc.

La DGOS reprend comme une priorité les soins en structure médico-sociale et HAD dans son plan de déploiement de la télé-médecine. Dans ce plan un constat est mis en avant : le fait que les résidents en EHPAD sont souvent confrontés à des hospitalisations provoquant la dégradation de leur état. Pour le Dr Espinoza⁶, l'utilisation de la télé-médecine en EHPAD peut agir en faveur de la réduction des facteurs aggravant la dépendance et la fragilité. La télé-médecine agirait alors comme amélioration de la qualité de vie des résidents mais répondrait aussi à certains besoins de professionnel travaillant en établissement. Elle permettrait de mettre en lien les professionnels du secteur sanitaire et du secteur médico-social afin de travailler en équipe, dans l'objectif d'améliorer le parcours de vie du résident. Ces projets doivent être construits autour du résident qui est au cœur du dispositif afin de prendre en compte ses attentes et ses besoins ainsi que ceux des professionnels.

II. Un contexte propice au développement de la télé-médecine pour les personnes âgées

Aujourd'hui le système de santé français est confronté à un tournant majeur et déterminant pour son avenir et sa pérennité. De nombreuses problématiques sont apparues ces dernières années : restrictions budgétaires, crise économique, vieillissement de la population, augmentation de l'incidence des maladies chroniques et de plus grandes exigences en termes de qualité de la part des patients. Les évolutions du contexte médical

⁶ *Expert en systèmes d'information médicaux et déploiement de la télé-médecine*

et démographique complexifient l'appréhension des thématiques liées à la santé publique. De nouveaux enjeux émergent ainsi que de nouveaux questionnements et de nouvelles réponses doivent être étudiés.

a. Une population vieillissante

La France connaît une augmentation de l'espérance de vie à la naissance, s'établissant en 2011 à 84,8 ans pour les femmes et 78,4 ans pour les hommes. L'espérance de vie a triplé depuis le milieu du XVIIIe siècle, et continue d'augmenter légèrement chaque année.

D'après une nouvelle étude⁷ de l'INSEE, une personne sur trois aura plus de 60 ans en 2050 soit 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans.

C'est entre 2006 et 2035 que cet accroissement serait le plus fort, avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du baby-boom⁸. Entre 2035 et 2050, la hausse serait quant à elle plus modérée. Les personnes qui atteindront 60 ans appartiennent à des générations moins nombreuses. Par ailleurs, les générations du baby-boom nées juste après-guerre approcheront 90 ans et parviendront donc à des âges de forte mortalité.

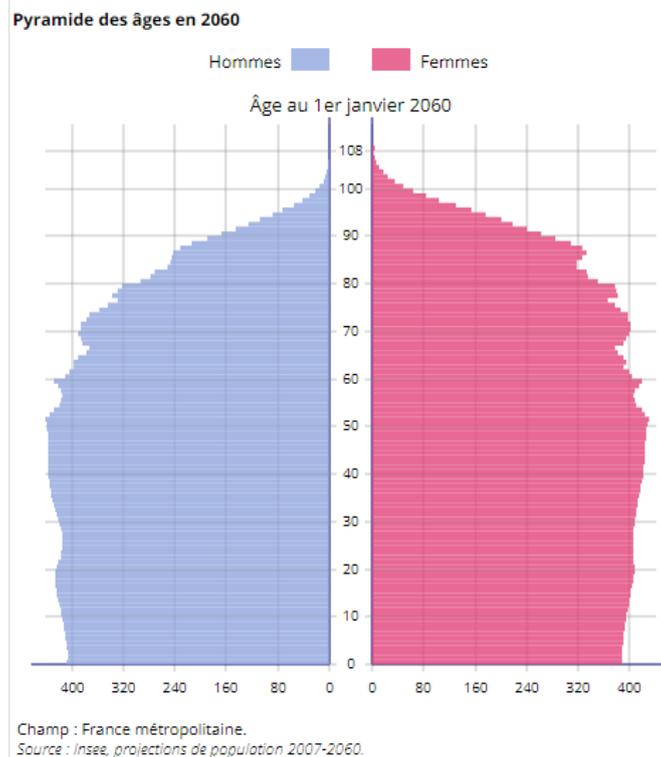


Figure 2 Schéma représentant la pyramide des âges en 2060 - Tableau de l'économie français Edition 2016

⁷ Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 - INSEE

⁸ Personnes nées entre 1946 et 1975

b. Une inégale répartition de l'offre de soin sur le territoire

Un autre enjeu médical majeur en France est l'organisation de l'offre de soins sur le territoire. L'apparition de zones sous-médicalisées, dans lesquelles les patients éprouvent des difficultés à trouver un professionnel de santé proche de leur domicile, est un réel problème en France. Cette « désertification médicale » pose un problème de santé publique ainsi au droit constitutionnel à l'égalité d'accès aux soins sur tout le territoire. Parallèlement, le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du nombre de médecins passant de 112 066 en 1970 à 215 583 en 2016 soit une hausse de 92,4% qu'un problème juridique : l'inégalité d'accès aux soins pour les citoyens est contraire des médecins actifs.

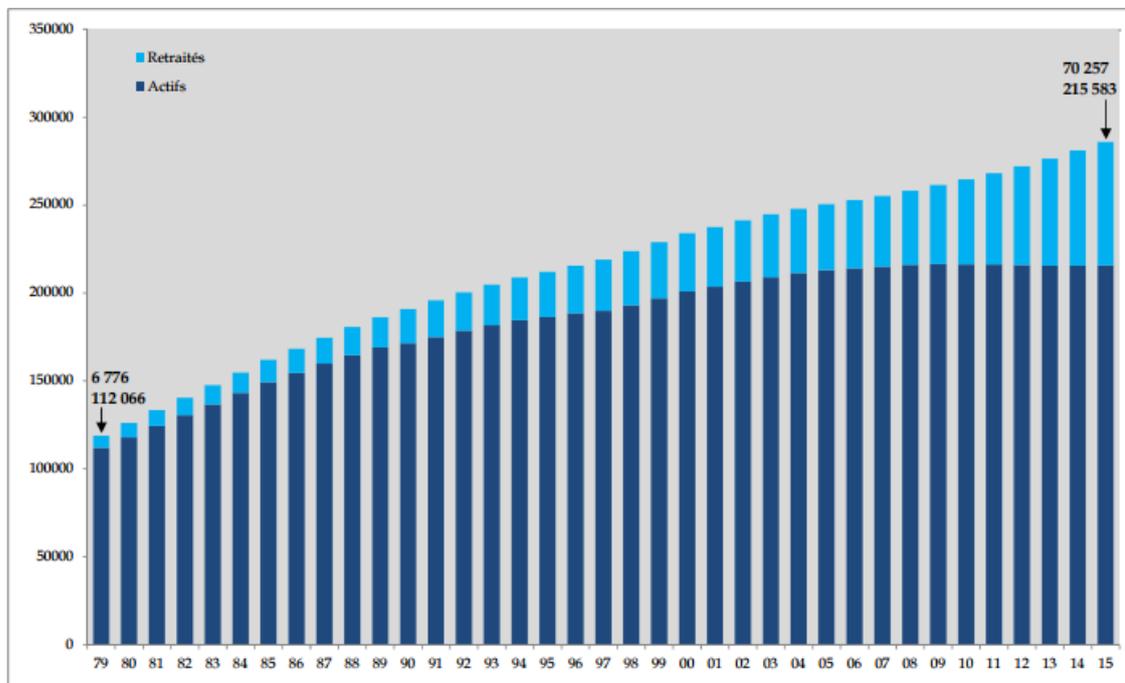


Figure 3 : Les effectifs de médecins inscrits au tableau de l'ordre de 1979 à 2016 - Atlas démographique médicale 2016

Selon le rapport du Sénat sur la présence médicale de 2013 le nombre de médecins pour 100 000 habitants est de 330 en France, soit le 14e rang mondial. Le problème ne provient donc pas du nombre mais de la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

En effet, on dénombre en moyenne 138,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Le département le moins doté en médecins généralistes est l'Eure avec 101,2 médecins pour 100 000 habitants ; 2,24 fois moins qu'à Paris : 226,6 médecins pour 100 000 habitants.

Cette inégalité de répartition est encore plus forte pour les médecins spécialistes. On dénombre en moyenne, au niveau départemental, 137,3 spécialistes pour 100 000 habitants. Cette densité varie de 64,3 médecins spécialistes pour 100 000 habitants en Haute-Loire, à 501,3 médecins spécialistes pour 100 000 habitants à Paris, soit 7,8 fois plus.

Quant au temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin, il n'a cessé d'augmenter depuis cinq ans. Deux Français sur trois renoncent aujourd'hui à des soins à cause des délais d'attente, contre 59% en 2012 (selon une étude menée en 2015 par l'Observatoire Jalma sur l'accès aux soins)⁹.

c. Une augmentation des dépenses de santé

Depuis un demi-siècle, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a progressé plus vite que le Produit Intérieur Brut (PIB), pour en constituer une part de plus en plus importante (3,5 % du PIB au début des années 1960 à 9 % en 2011). Les dépenses individuelles de santé ont tendance à augmenter avec l'âge, d'après l'IREPS une personne de 75 ans consomme en moyenne quatre fois plus qu'une personne de 30 ans.

De plus, Cap Retraite s'est penché sur la perte d'autonomie des personnes âgées et le coût associé à cette dépendance. A l'horizon 2040, le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) augmentera de 63 % pour avoisiner les 2 millions et son coût doublera atteignant les 11,2 milliards d'euros. De ces constatations ont émergé différents concepts telles que la silver économie et la gérontotechnologie.

« La Silver économie est l'économie au service des personnes âgées. L'enjeu est crucial : il s'agit de permettre et d'encourager les innovations qui vont nous accompagner dans notre avancée en âge et faire reculer la perte d'autonomie. »¹⁰ Elle est l'une des priorités retenues par le conseil régional des Hauts de France est porté par Mme Brigitte Mauroy.

La Gérontechnologie (ou Gérontotechnologie, condensé des termes Gérontologie et Technologie) regroupe différents systèmes techniques et solutions d'aide à la personne âgée et/ou à son aidant dans la réalisation des activités normales de la vie quotidienne. Elle consiste à adapter des technologies pour la santé, le domicile, la mobilité, la communication, les loisirs et le travail des personnes âgées. Elle s'appuie sur les résultats de la recherche

⁹ Les effectifs de médecins inscrits au tableau de l'ordre de 1979 à 2016 - Atlas démographique médicale 2016

¹⁰ Définition du ministère de la solidarité et de la santé

technologique (designers, industriels, ingénieurs) et ceux des professionnels de santé (médecine, gérontologie, gériatrie, psychologie, ergonomie,) afin de construire un environnement de vie optimum quelque soit l'âge. Elle vise à réduire le caractère morbide et à augmenter la vitalité, la qualité et la durée de vie. Elle participe ainsi à l'allongement de la période d'activité, en réduisant par conséquent les couts des soins liés à la fin de vie.

La connaissance de ce contexte national et du contexte local ainsi que l'analyse du vieillissement de la population sont des facteurs qui nous conduisent à repenser l'organisation du parcours de soins. Ce sont les innovations et les nouveaux besoins qui ont fait naître ces nouveaux services et permettront de répondre à un certain nombre des exigences de demain.

III. L'arrivée de la télé-psychiatrie dans les établissements médico-sociaux

a. Les nouveaux besoins d'une population vieillissante

Cette évolution démographique vue précédemment implique une réflexion en termes de prise en charge médicale et d'accompagnement d'un point de vue somatique avec la croissance importante des maladies chroniques mais aussi d'un point de vue psychiatrique. En 2006, un rapport de la DREES indique 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 présentent une souffrance psychologique.

Un lien entre le volet somatique et psychiatrique doit être permanent dans la prise en charge de la personne âgée car les problèmes psychiques et somatiques deviennent avec l'âge indissociables, selon le Dr Jean Pierre Clément, comme certaines pathologies liées au vieillissement tels que la cataracte, la DMLA, la malnutrition, les troubles de l'audition. L'apparition de la géronto-psychiatrie qui va amener une relation inter professionnelle entre gériatres et psychiatres est donc nécessaire pour une prise en charge de qualité.

La fragilité de la personne dépendante

Ce concept, né aux Etats-Unis sous le terme de « frail elderly », est devenu ces dernières années un concept central en gériatrie, permettant de décrire des situations de faiblesse ou d'instabilité de la personne âgée. On parle de syndrome de fragilité chez la personne âgée,

résultant d'une réduction systémique des aptitudes physiologiques, limitant les capacités d'adaptation ou d'anticipation au stress ou aux changements environnementaux.¹¹

On peut évoquer une perte de résilience, un risque plus grand d'aggravation de l'état de santé. Selon le Dr Denise Strubel, « La prévalence de la fragilité est vraisemblablement très élevée en EHPAD mais on ne dispose d'aucune donnée précise en France ». ¹²

Le suicide de la personne âgée

Selon des chiffres publiés par le CégiDc-Inserm, en France, sur près de 10 400 suicides survenus en 2010, 28% ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux de suicide des personnes âgées reste donc très élevé en France malgré plusieurs plans nationaux successifs de prévention du suicide portant sur l'ensemble de la population. Le CégiDc estime une sous-estimation globale de 9.4 % du nombre officiel de décès par suicide. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le taux de sous-estimation atteint 12,85 %. En effet un certain nombre de décès liés à des conduites suicidaires comme l'inattention volontaire sur la voie publique (traverser une route sans regarder la circulation) ou les équivalents suicidaires (arrêt d'un traitement ayant des conséquences graves) ne sont pas qualifiés de « suicide » et donc ne sont pas comptabilisés.

Un récent travail¹³ mené dans le Nord-Pas-de-Calais confirme que le taux de suicide des personnes âgées de plus de 75 ans est plus élevé en EHPAD et l'explique par le fait que les résidents de ces établissements sont généralement plus poly-pathologiques et plus dépendants que les patients âgés vivant au domicile. Les troubles dépressifs y sont également très fréquents.

Une étude menée par le Dr Marie Manechez au sein des EHPAD du Nord – Pas-de-Calais en 2013 a permis d'évaluer la fréquence, la nature de ces tentatives de suicide. Elle a ainsi observé, avec une grande fréquence : isolement social, dépression, autres maladies mentales, antécédent de tentative de suicide et déclin fonctionnel physique chez les personnes qui se sont suicidées ou ont fait une tentative. L'étude a aussi mis en évidence un besoin de formation des équipes soignantes en EHPAD afin que soit mieux repéré le risque suicidaire et mieux pris en charge les troubles mentaux dont la dépression.¹⁴

¹¹ De la fragilité de la personne âgée à l'évaluation gériatrique Mardi 12 octobre 2010 Mme Marie-Christine GOUSSEAU – Mme Isabelle THAREAU CEAS - Approche psycho-sociale

¹² Le concept du sujet âge fragile Dr Denise STRUBEL – apHJpa

¹³ Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD) Prévention du suicide chez les personnes âgées

¹⁴ Suicides et tentatives de suicide en EHPAD dans le Nord Pas de Calais en 2012 – Aide Méthodologique F2RSMpsy Haut de France – Dr Manechez

La naissance d'une nouvelle discipline : La géronto-psychiatrie

La psychiatrie française a commencé dès les années 80 à s'intéresser à la prise en charge de la personne âgée cependant ce n'est qu'en 2005 que le terme de géronto-psychiatrie a vu le jour.

L'ARS Haut de France a défini deux types d'approches selon le parcours des personnes âgées. On va distinguer la psychogériatrie qui va concerner des personnes en souffrance psychique présentant des syndromes gériatriques (et notamment troubles cognitifs et psycho comportementale avec des critères de fragilité), dans un environnement particulier (problématique d'aidant, isolement, mise en danger) et pouvant aboutir à des situations complexes. Même si majoritairement les personnes concernées seront âgées de 75 ans et plus, ces situations peuvent démarrer à des âges inférieurs et pour des raisons de prévention la population âgée de 65 ans et plus a été retenue.

La seconde approche est définie comme la psychiatrie du sujet âgé, qui va concerner la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques sans syndrome gériatrique associés ; elle relève des activités menées par les secteurs de psychiatrie qui permettent, si besoin, d'organiser les mesures de soins sans consentement. On va notamment distinguer les personnes souffrant d'un trouble psychotique depuis leur jeune âge et qui vont alors vieillir, de celles qui présentent une pathologie psychiatrique nouvelle et qui va avoir une expression différente au grand âge.

b. L'accompagnement des personnes âgées atteints de troubles psychiatriques en établissement médico-social

Aujourd'hui le maintien à domicile fait partie des priorités de politique nationale, notamment avec le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement¹⁵. L'entrée en établissement se fait de plus en plus tard alors que la dépendance est bien installée.

¹⁵ Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 parue au [JO n° 0301 du 29 décembre 2015](#)

En France, fin 2015, 728 000¹⁶ personnes fréquentent un établissement d'hébergement pour personnes âgées ou y vivent, soit 10 % des personnes âgées de 75 ans ou plus et un tiers de celles âgées de 90 ans ou plus. Huit sur dix sont accueillies en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). L'hébergement temporaire ou l'accueil de jour concernent 4 % des personnes âgées accompagnées. Les résidents sont de plus en plus âgés : la moitié ont plus de 87 ans et 5 mois, contre 86 ans et 5 mois fin 2011. Les femmes sont souvent majoritaires dans ce type d'établissement et plus souvent seules, en effet 91 % d'entre elles n'ont pas de conjoint.

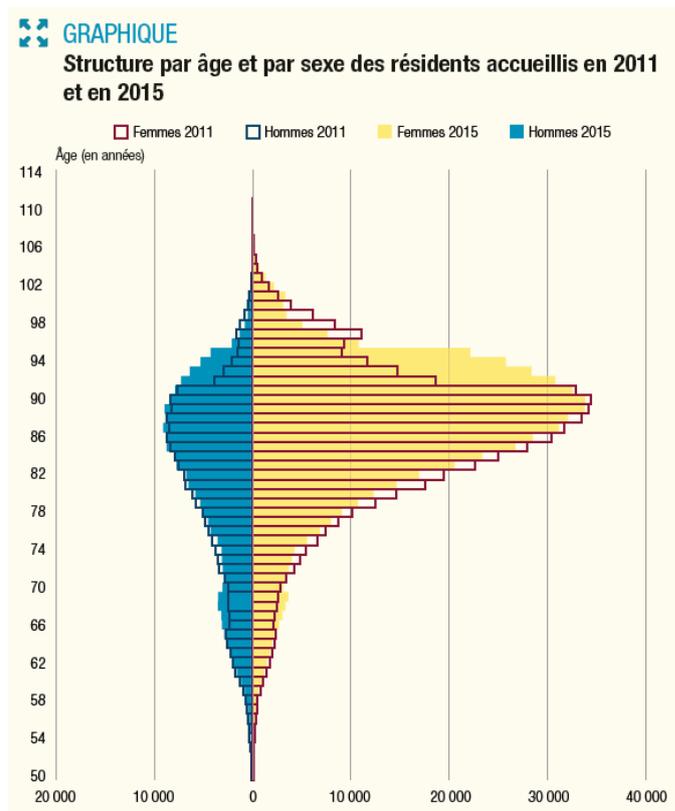


Figure 4 : Structure par âge et par sexe des résidents accueillis en 2011 et en 2015

Lors d'un groupe de réflexion mené par l'ARS concernant l'organisation de psychogériatrie il a été rappelé certains principes concernant l'hospitalisation des personnes âgées :

- Le recours à l'hospitalisation doit si possible, être évité et dans tous les cas limité dans le temps car elle peut être source de déstabilisation,
- Elle est par ailleurs susceptible de générer une perte d'autonomie,
- Toute hospitalisation entraîne des difficultés d'orientation lors de la sortie.

¹⁶ Marianne Muller (DREES), 2017, « 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015 », Études et Résultats, n°1015, Drees, juillet.

Différentes situations peuvent faire l'objet d'hospitalisation au moins pour un bilan et une proposition de conduite à tenir /orientation :

- Le risque suicidaire : le risque de passage à l'acte ;
- Les troubles psycho comportementaux perturbateurs/ productifs : déambulation, risque auto et hétéro agressif ;
- Les troubles cognitifs avec agressivité ;
- La symptomatologie complexe nécessitant une évaluation pluridisciplinaire ou décompensation brutale sur le plan somatique, cognitif ou comportemental ;
- Problématique environnementale et/ou sociale : isolement, épuisement des aidants, maintien sur le lieu de vie difficile.

Ces situations ne doivent pas cependant entraîner d'hospitalisation au long cours et être positionné comme un temps d'élaboration du projet de vie.

Dans les EHPAD, les situations citées ci-dessus mobilisent un grand nombre de personnel qui est alors démuni. En réponse à ces situations il est nécessaire de privilégier le maintien du résident dans son lieu de vie avec selon les situations :

- Une intervention sur site : équipe mobile de psychogériatrie, recours à la télé expertise et téléconsultation.
- Déplacement pour des offres ambulatoires : consultation somatique (recherche d'une éventuelle cause iatrogène), hospitalisation de jour en médecine pour effectuer un bilan.

c. Naissance de la télépsychiatrie

La télépsychiatrie est définie comme une des applications de la télémédecine. Historiquement, une des premières activités de la télémédecine date du début des années soixante et concerne la psychiatrie : il s'agit de programmes de téléconsultation et de télé-éducation autour du Nebraska Psychiatrique Institute.

La télé psychiatrie, comme la télémédecine, peuvent se définir de différentes façons. Pour l'American Psychiatrique Association (APA), « la télé psychiatrie est une technologie qui vise, au départ, à renforcer l'accès aux soins pour les personnes difficiles à atteindre géographiquement ou dans un contexte de pénurie de l'offre spécialisée locale. Il s'agit ainsi

de l'utilisation des nouvelles technologies de communication et d'information comme support aux soins psychiatriques. » Cette définition très globale fait alors référence à toutes les modalités techniques comme le téléphone, la télécopie, le courrier électronique, le réseau Internet et la visioconférence en temps réel.

Pour Brown (Brown 1995), la télé psychiatrie se résume à l'utilisation de la visioconférence en temps réel, comme outil de délivrance de soins psychiatriques à distance directement aux patients ou par l'intermédiaire d'un autre professionnel de santé.

En France c'est en 1980 que la télé psychiatrie a commencé à se développer notamment avec la création de l'institut européen de télé médecine à Toulouse et s'est développée avec comme justification la démographie médicale.

Dans la Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale de juin 2006, Pierre Juan, directeur d'hôpital publique, fait état de la situation de la démographie médicale en psychiatrie et propose des mesures visant à améliorer la situation.

La densité moyenne des psychiatres en France est très élevée et a encore augmenté, cependant il existe une disparité de leur répartition dans les régions, les départements et surtout au sein des zones rurales.

Il s'agit de secteurs, au sens de la sectorisation psychiatrique, où la présence médicale est aujourd'hui devenue insuffisante pour assurer le maintien de la politique d'accès aux soins. Le processus de « désertification » concerne certaines zones rurales et maintenant périurbaines où le nombre de psychiatres présents a baissé bien en dessous du minimum. Devant ces inégalités régionales, et pour pourvoir à la pénurie médicale dans certaines zones, l'auteur propose quatre mesures :

- L'organisation, dans le champ de la santé mentale, du transfert de compétences entre les professionnels,
- La création de centres de régulation des appels téléphoniques concernant les demandes de prise en charge psychiatrique,
- La modification des règles d'affectation des praticiens hospitaliers au profit du territoire de santé,
- L'installation de réseaux de soins à distance (télépsychiatrie).

La télépsychiatrie pourrait répondre à l'évolution de la démographie médicale en psychiatrie. C'est ce que l'auteur explique : « *certaines situations ou certaines populations se prêtent bien à l'association d'un suivi à distance : accompagnement des malades au long cours, pathologies peu évolutives une fois le diagnostic et la prescription établis, prise en charge de population spécifique comme les détenus et les personnes âgées. Organiser les soins dans ces cas, grâce à la vidéo transmission à destination du praticien hospitalier du secteur, responsable du réseau, permettrait d'améliorer le suivi médical et de gagner du temps de transport pour les soignants et les malades. »*

Malgré les intérêts développés mondialement pour cette discipline et les enjeux déjà présents sur le territoire, la télé-psychiatrie en France connaît des réticences et certaines critiques.

PARTIE 2 : UN RETOUR D'EXPERIENCE ENCOURAGEANT DANS UNE LOGIQUE D'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DU SUJET AGE

Depuis les années 1980, la question du grand âge est au cœur des débats s'appuyant sur des données socio-démographiques et la problématique de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. La télémédecine se présente aujourd'hui comme une possibilité d'amélioration et d'évolution de notre système de soins afin de le rendre plus efficace. Pour répondre à ces différents enjeux de santé publique régionaux, la région des Hauts de France s'est positionnée dans ce domaine.

I. Etat des lieux des dispositifs de télémédecine en faveur des personnes âgées dans les Hauts de France

Le SROS III (2006-2011) a inscrit, pour la première fois dans la région, un chapitre consacré à la Télésanté. Avec l'appui du Conseil Régional et le soutien des fonds européens FEDER, la région figure parmi les premières de France dans le domaine de la télémédecine. D'après le PRS le degré d'informatisation des établissements de santé se situe un peu au-dessus de la moyenne nationale, et l'effort d'investissement dans les SIH est particulièrement soutenu. Engagée depuis plusieurs années, les deux anciennes ARS (Nord Pas de Calais et Picardie) réunies aujourd'hui en ARS Haut de France a vu naître de nombreux projets de télémédecine. Elles ont été effectivement précoces notamment l'ARS Picardie qui a débuté ses réflexions sous l'ARH Picardie dès les années 2000. Ici nous allons nous consacrer aux projets concernant les personnes âgées et plus particulièrement à la psychogériatrie.

a. Les acteurs impliqués dans les projets de télémédecine

Le **programme régional de développement des activités de télémédecine (PRT)** constitue l'un des programmes spécifiques du projet régional de santé (PRS). En adéquation au décret du 19 octobre 2010, qui donne aux ARS un rôle majeur dans la vérification de la conformité des dispositifs de télémédecine, le PRT définit les conditions requises pour la mise en œuvre d'activités de télémédecine dans la région à travers un cahier des charges de pré-requis. Il présente les premiers axes de déploiement priorités ainsi que la stratégie de modernisation des systèmes d'information de santé et de

mutualisation des infrastructures régionales. Le PRT prévoit enfin une démarche régionale d'évaluation médico-économique et technico-économique des solutions déployées (service médical rendu et coûts associés) permettant de construire la stratégie de diffusion la plus pertinente à l'échelle régionale.¹⁷

Le **PAERPA** (Parcours de santé des personnes âgées en Risque de perte d'autonomie) est un programme destiné à améliorer les parcours de santé des personnes de 75 ans et plus. Il vise à décloisonner les pratiques entre le secteur sanitaire, médico-social et social. Il a été fondé sur l'article 48 de la Loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Il vise à éviter des ruptures de prise en charge, souvent nombreuses et lourdes de conséquences pour la population âgée, notamment en ce qui concerne les passages aux urgences, les chutes, l'iatrogénie, la dénutrition et la dépression des personnes âgées.

Ce dispositif s'est articulé autour de cinq objectifs :

- Renforcer le maintien à domicile
- Améliorer la coordination des intervenants et interventions
- Sécuriser la sortie de l'hôpital
- Eviter les hospitalisations inutiles
- Mieux utiliser les médicaments

En 2012, neuf territoires pilotes ont répondu au Cahier des charges de la DSS, et ont été retenus pour mettre en œuvre ce programme dont dans les Haut de France avec le territoire du Valenciennois-Quercitain s'appuyant sur le GCS filière gériatrique du Valenciennois. En 2016, de nouveaux territoires ont été intégrés à cette démarche.

Différentes actions sont mises en œuvre dans le cadre du projet du PAERPA dont le déploiement de la télémédecine.

L'agence régionale de santé (ARS) qui pilote le projet a alors retenu six thématiques prioritaires concernant les projets de télémédecine en faveur des personnes âgées : les plaies complexes, la gériatrie, la psychogériatrie, l'iatrogénie, les soins palliatifs et les sorties d'hospitalisation.

¹⁷ PRT ARS Ile de France

L'ARS travaille en étroite collaboration avec les **Conseils départementaux**. Les professionnels intervenants auprès des personnes âgées sur le territoire (EHPAD, SSIAD, établissements de santé, CLIC, dispositif MAIA, réseau, professionnels de santé libéraux...) peuvent contribuer aux différentes actions du PAERPA.

L'ANAP accompagne les territoires engagés dans la démarche. Elle conçoit et met à disposition les méthodes et les outils partagés tout au long du projet.

L'ARS Haut de France a identifié différentes expérimentations de télémédecine pour la prise en charge de personnes âgées avec différents partenaires situés sur le territoire du Valenciennois, de la métropole lilloise, du Cambrésis et du Roubaisis.

Elle a confié au **Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) MATISS** le pilotage du projet, l'étude et la mise en place des outils de télémédecine pour ces expérimentations de prise en charge de la personne âgée résidente en établissement médico-social. On retrouve aujourd'hui quatre projets sur le territoire :

- Le **réseau du Valenciennois**, permettant la réalisation de téléconsultations/télé-expertises entre 8 EHPAD et les CH de Valenciennes et de Denain disposant d'une expertise dans les domaines suivants : la gériatrie, la psychogériatrie, l'iatrogénie, les soins Palliatifs et la sortie d'hospitalisation.
- Le **réseau de la Métropole lilloise**, faisant collaborer 8 EHPAD et une HAD de la métropole avec les médecins référents du CHRU de Lille pour les demandes de prise en charge suivantes : la psychogériatrie, la sortie d'hospitalisation et les plaies complexes.
- Le **réseau du Cambrésis**, permettant à 8 EHPAD, un SSR et un SSIAD du territoire de solliciter le CH de Cambrai pour la prise en charge de personnes âgées souffrant de plaies complexes.
- Le **réseau du Versant Nord-Est**, permettant à 6 EHPAD, un HAD et un SSIAD du Roubaisis de bénéficier d'une prise en charge pour les plaies complexes par un référent du CH Roubaix.

La volonté du GCS MATISS, Maîtrise d'Ouvrage Régionale des Hauts de France, est de mettre en œuvre les politiques publiques en matière d'e-santé dans le respect des orientations stratégiques arrêtées par l'Agence Régionale de Santé (ARS). L'objectif

est d'améliorer la qualité et la coordination des soins entre les professionnels de la région pour offrir un meilleur service aux patients et à leurs familles. Le GCS MATISS mène ces travaux en s'appuyant sur les recommandations de l'ASIP santé et en collaboration avec les Maîtrises d'œuvre (MOE).¹⁸

Le **GIP e-SIS 59/62** (groupement d'intérêt public) est un établissement de coopération hospitalière spécialisé dans les prestations informatiques à destination des établissements de santé. Il a pour objectif d'accompagner les établissements de santé dans leur choix de développement et de maintenance de leur système d'exploitation. Le GIP intervient dans les téléconsultations en y apportant un support à l'organisation de celle-ci, en conformité avec les attentes du décret télémédecine (traçabilité, identification nominative des acteurs, consentement du patient). Il est en mesure notamment de proposer l'élaboration de plateforme commune qui rapproche les structures médico-sociales des structures hospitalières.

b. Un exemple de dispositif : le projet Valenciennois Telepallia / Telepadia

J'ai choisi de développer dans cette partie le dispositif mis en place par le réseau du Valenciennois nommé « Telepallia/ Telepadia » car il répondait au mieux à mon contexte de travail puisqu'il incorpore le thème de la psychogériatrie et c'est l'un des dispositifs les plus avancés dans les Hauts de France à ce jour.

Le projet Telepallia/ Telepadia

Huit établissements (Les Charmilles à Saint Saulve, Les Quatre Vents à Bruille-Saint-Amand, la Résidence Vaillant-Couturier à Marly, la Résidence des Feuillantines à Quiévrechain, Le Champ d'or à Marquette-en-Ostrevant, Notre-Dame-de-la-Treille à Valenciennes, la Résidence Noël-Leduc à Hasnon et enfin Les Bouleaux à Louches) ont été sélectionnés pour participer aux projets régionaux Telepadia et Telepallia, en collaboration avec les CH de Denain et de Valenciennes. La psychogériatrie est traitée par l'équipe de l'EMGIE à Denain.

¹⁸ Le GCS MATISS : Nos missions <http://www.gcs-matiss.fr/le-gcs-matiss>

Patients ciblés par le dispositif :

- Patients âgés résidant en EHPAD ou pris en charge en SSR
- Patients âgés pris en charge par les SSIAD

Les spécialités ciblées :

- Gériatrie
- Plaies complexes
- Iatrogénie
- Psychogériatrie
- Soins palliatifs
- Sortie d'hospitalisation

Patients fragiles, ayant peu de possibilité de déplacement. Pathologie pouvant bien se traiter à distance.

Piloté par l'ARS des Hauts de France, le dispositif implique également les différents acteurs cités-ci-dessus notamment le groupement de coopération sanitaire (GCS) filière gériatrique du Valenciennois-Quercitain et le GCS e-santé MATISS, qui lui développe la solution et s'occupe de la maîtrise d'ouvrage. Ce projet a été intégré à l'expérimentation en cours sur le territoire du Valenciennois-Quercitain mené par le PAERPA. Ce dispositif, d'une durée de trois ans pour expérimentation, impose aux établissements une remontée d'indicateurs pour juger les bénéfices du dispositif déployé, obtenir une visibilité économique, définir des bonnes pratiques médicales, organisationnelles et du système d'information en cas d'extension du dispositif.

Deux années de préparation et réflexion ont été nécessaires avant la réalisation des premiers actes de télé médecine qui ont été effectués en novembre 2014. Tous les EHPAD ont été prêts à réaliser ces téléconsultations en mai 2015.

Le GIP e-sis 59/62 en collaboration avec le CGS MATISS et différents acteurs présents lors de réunions de préparation ont développé les systèmes telepallia et telepadia.

Matériel nécessaire au projet

Les différents EHPAD ont été équipés en matériel pour optimiser ces téléconsultations. Les établissements médico-sociaux possèdent alors une salle dédiée aux téléconsultations équipée spécifiquement.

On retrouve un ordinateur connecté à un réseau médical sécurisé (développé par le GIP e-sis) doté d'une webcam haute définition, une imprimante et une caméra 360° pivotante fixée au plafond permettant de voir le résident dans son intégralité et qui peut être dirigée à distance ainsi que d'une installation sonore et d'un micro. Les données médicales sont partagées via un logiciel métier entre les établissements médico-sociaux et le centre expert. Ce logiciel permet de créer la demande de consultation qui va être reçue par le centre hospitalier mais aussi de classer et archiver les informations.

Déroulement d'un acte de télé médecine du projet Telepallia/Telepadia

Avant toute téléconsultation, il est primordial que le médecin traitant ainsi que le résident aient donné leur accord écrit pour effectuer un acte de téléconsultation. Si le résident n'est pas en mesure de donner son consentement, la question va être posée à la famille, tuteur, référent ou représentant légal, mais le recueil du consentement est obligatoire.

La structure peut alors envoyer, grâce au logiciel intégré, une demande au CH concerné, Denain en ce qui concerne la psychogériatrie. Cette demande comprend un certain nombre d'éléments notamment les coordonnées du résident, ses antécédents médicaux, le motif de la consultation, etc. Ces informations reçues par un binôme au CH de Denain : le médecin coordinateur ainsi qu'un membre de l'équipe de l'EMGIE vont être analysées, l'équipe va alors planifier une consultation via le logiciel métier qui va être reçue par l'EHPAD qui en a fait la demande. L'acte de télé médecine va alors se réaliser sous forme de visioconférence grâce au matériel dédié. Cette visioconférence sera constituée d'un côté du résident ainsi que d'un ou deux personnels l'accompagnant et de l'autre côté d'un binôme expert : le médecin et un membre de l'équipe EMGIE (IDE ou psychologue). Le médecin va pouvoir alors effectuer son diagnostic en menant une relation avec le résident et la participation des accompagnants.

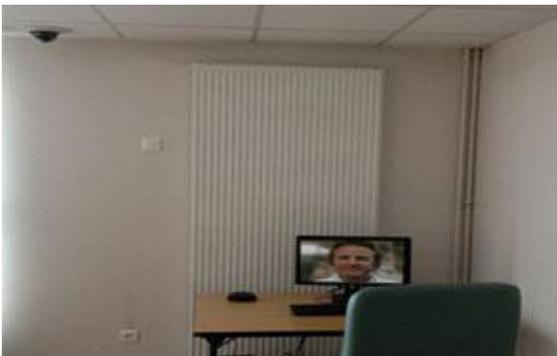


Figure 6 : Photographie de la salle dédiée aux téléconsultations à la Résidence des Charmilles



Figure 5 : Photographie de la caméra dôme 360° utilisée pour les téléconsultations

Une fois l'acte terminé, celui-ci dure en moyenne 30 minutes, un compte rendu est envoyé dans l'heure qui suis par le binôme expert. Dans ce compte rendu sont rapportées toutes les informations concernant le résident, les changements à apporter ainsi que les préconisations qui seront alors soumises au médecin traitant pour validation. L'expert va alors apporter ses conseils et son expertise mais ne va en aucun cas faire de prescription, c'est le médecin traitant qui va décider de suivre ou non les conseils de son confrère ou de sa consœur.

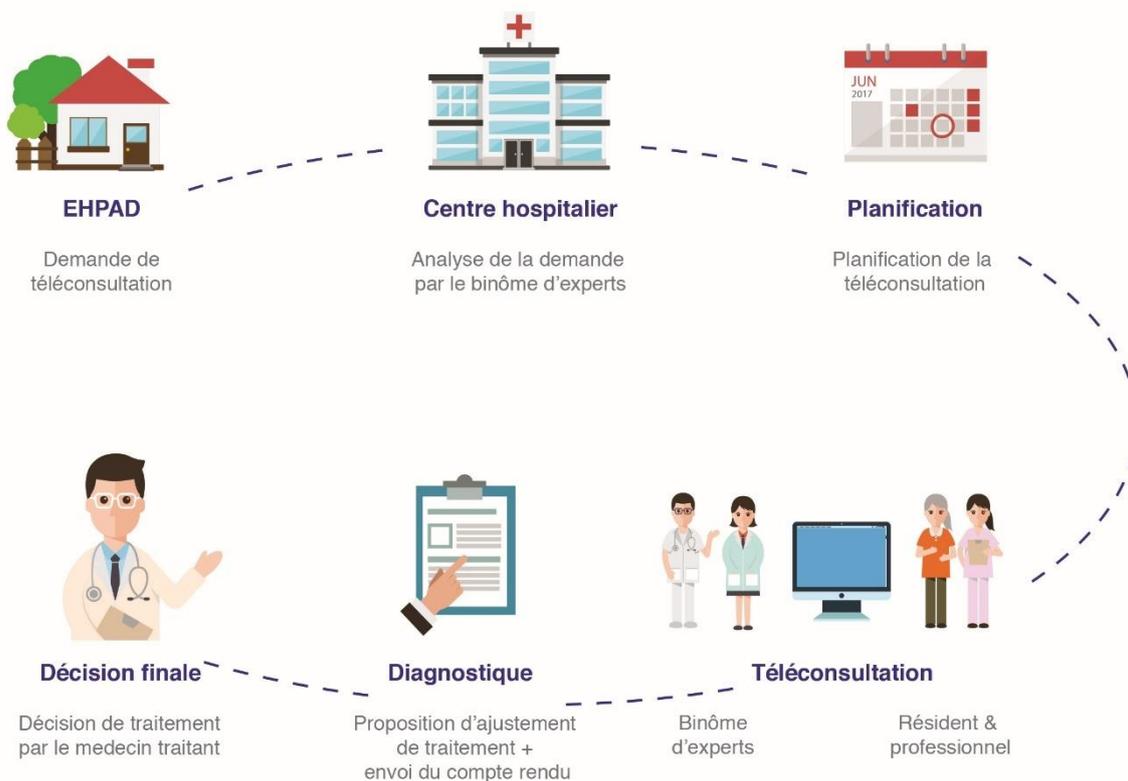


Figure 7 : Schéma représentant le déroulement d'un acte de téléconsultation de sa demande jusqu'à la décision finale de traitement

Bilan 2016

En 2016, l'équipe de l'EMGIE de Denain a réalisé 64 téléconsultations de psychogériatrie sur 73 demandes émises par les EHPAD.

Modèle économique

Aujourd'hui le pilotage opérationnel, l'étude et la mise à disposition des moyens informatiques sont assurés par le CGS MATISS grâce au financement de l'ARS. Les établissements sont accompagnés financièrement par l'ARS pour couvrir les frais de fonctionnement des moyens informatiques. Les actes médicaux des établissements

référents sont quant à eux non rémunérés pour le moment (pas de nomenclature CCAM pour ces actes). Un modèle économique serait donc à définir dans le cas du déploiement du dispositif.

II. Méthodologie de l'enquête

Les actes de télé-psychiatrie réalisés en faveur des personnes âgées sont un sujet qui se développe actuellement dans les établissements médico-sociaux mais qui n'est pas encore popularisé. Dans les Hauts de France comme vu précédemment c'est une pratique qui a débuté depuis quelques années maintenant et où il est intéressant d'en recueillir les différents retours d'expériences. C'est pourquoi il m'a semblé intéressant de mener une enquête auprès de structures ayant déjà un passé avec la télémédecine et plus particulièrement la thématique de la gérontopsychiatrie.

a. Des entretiens menés au plus près du dispositif

Il m'a paru intéressant de rencontrer les équipes qui sont au plus près des dispositifs pour effectuer un entretien. J'ai donc réfléchi à un questionnaire assez complet, que vous pouvez retrouver en annexe, qui permettrait de balayer un champ assez large par rapport au contexte. Mon but étant de réaliser cette enquête auprès des équipes, les thématiques abordées sont donc plus basées sur le contexte organisationnel, les atouts et difficultés rencontrés mais aussi sur la vision des perspectives de ce dispositif par les équipes. De plus il m'a semblé important de participer à certaines téléconsultations, j'ai donc pu assister à certaines d'entre elles avec l'accord du résident et du médecin. Cela m'a permis de me forger ma propre idée mais aussi d'avoir un œil neuf sur le dispositif.

La prise de contact avec les établissements a été facilité par Mme Caroline Dubois, directrice du CGS MATISS qui m'a apportée toutes les informations sur les coordonnées des acteurs santé impacté par le projet : « Télémédecine et personnes âgées » sur le département du Nord et par le riche réseau du Dr Lefebvre, présidente de la fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RS).

J'ai pu effectuer mes entretiens auprès de 4 établissements médico-sociaux et de l'équipe mobile gériatrique Inter-EHPAD, qui répondent aux demandes de consultations psychogériatrique effectuées par les 8 différentes résidences sur le secteur du Valenciennois. Ces

entretiens ont eu lieu au sein des structures permettant la rencontre d'un maximum des équipes et la visualisation des lieux et du matériel dédié à la télé médecine.

- **La résidence les bouleaux**, située à Lourches pouvant accueillir jusque 86 résidents est dirigée par Mme Anita Carlier. J'ai été accueilli par Mme Delphine Gaudry, IDEC qui m'a permis d'assister à une téléconsultation en gérontopsychiatrie et m'a accordé du temps pour un entretien. Cet établissement a débuté son activité de télé médecine en avril 2015 et a réalisé en 2016 10 téléconsultations sur le thème de la psychogériatrie.

- **La résidence Noel Le Duc**, située à Hasnon a une capacité de 75 places dont une unité de vie qui accueille 12 personnes ayant des troubles cognitifs ou mnésiques et une unité de vie de 12 places elle aussi pour Personnes Handicapées Vieillissantes (UVPHV) pouvant accueillir des personnes présentant une déficience intellectuelle. La résidence a elle aussi débuté ses activités de télé médecine premier trimestre 2015 et compte en 2016 : 6 téléconsultations de psychogériatrie. Mon entretien s'est effectué avec Mme Myriam Martinache, IDE au sein de la résidence.

- **La Résidence les Charmilles** à Saint Saulve dirigée par Mr Karl Opsomer, présent depuis le début des réflexions sur la télé médecine lors des COPILS avec l'ARS, m'a reçu pour mon entretien. La résidence les Charmilles comptent 50 places et 6 places d'accueil de jour et a débuté son activité de télé médecine au tout début, en novembre 2014. La résidence est concernée par 4 thématiques : l'iatrogénie, le retour d'hospitalisation, les soins palliatifs et la psychogériatrie.

- **L'équipe mobile gériatrique Inter EHPAD (EMGIE)** du territoire du valenciennois portée par le CH de Denain est pluridisciplinaire, son but est d'accompagner les différents EHPAD dans la prise en charge de la personne âgée en apportant un avis spécialisé dans des situations complexes pour des résidents ne pouvant pas ou ne souhaitant pas se déplacer. Elle a un rôle consultatif et d'expertise. J'ai eu l'occasion d'effectuer mon entretien auprès du Dr Hanot, gérontopsychiatre et Mme Rio, IDE au sein de l'EMGIE. De plus j'ai eu la chance d'assister à une téléconsultation du côté des experts demandée par le Résidence Noel Le Duc. En 2016, l'EMGIE a répondu à 64 demandes de téléconsultations.

b. La rencontre de différents experts

En plus de ces différents entretiens au cœur des dispositifs j'ai eu la chance de rencontrer certains experts en termes de télémédecine ou prise en charge psychiatrique en faveur des personnes âgées du territoire. Ces différentes rencontres ont été très enrichissantes dans l'écriture de ce mémoire, ces experts m'ont fait part de leurs connaissances mais aussi de leur vision et leurs perspectives dans le contexte de mon travail actuel.

- **Dr Phillipe Granato**, chef de Pôle psychiatrie au centre hospitalier de Maubeuge m'a reçu accompagné de deux internes en psychiatrie Dr Baert et Dr Menay avec qui nous avons pu échanger sur la prise en charge des personnes âgées en psychiatrie et sur leur vision de la télémédecine. Ils m'ont éclairé sur les difficultés de prise en charge psychiatrique des personnes vieillissantes ainsi qu'un long débat s'est instauré sur les problèmes éthiques et de responsabilité médicale que ce dispositif pourrait engendrer.
- **Dr Martine Lefebvre**, présidente de la fédération régionale des recherches et en santé mentale et qui a été responsable de la réorganisation de la psychiatrie dans le Nord et le Pas de Calais pendant plus de huit années. Le Dr Lefebvre avec qui j'ai pu échanger à de nombreuses reprises m'a conseillé et orienté dans mon travail. Très impliquée et passionnée par la prise en charge en psychiatrie, le Dr Lefebvre a su m'apporter ses connaissances pour le bon déroulement de ce mémoire et susciter ma réflexion.
- **Mme Caroline Dubois**, directrice du CGS MATISS, convaincue et très impliquée par les projets de télémédecine m'a apportée toutes ses connaissances sur le sujet et les informations primordiales pour la compréhension des dispositifs.

III. Réponses aux questionnaires

Les différents entretiens réalisés que ce soit avec les professionnels de santé agissant sur le terrain ou les différents experts m'ont permis de mettre en avant les thématiques qui reviennent assez souvent dans leur discours. J'ai choisi d'analyser ces questionnaires réalisés lors des entretiens de façon thématique, ce qui va me permettre d'aborder différents points et de les nuancer selon les expériences des différents établissements.

a. Bien être et confort du résident

L'une des raisons principales de la mise en place de la télémédecine est le bien-être du résident. Tous les établissements s'accordent sur le fait que les téléconsultations sont un réel bénéfice sur ce point.

La diminution des déplacements ressort systématiquement de ces divers entretiens. Effectivement avant les résidents devaient se déplacer sur le lieu de la consultation accompagné par un professionnel de santé ou un membre de la famille pour réaliser son entretien avec le médecin.

En effet, tous les acteurs s'accordent pour dire que le fait qu'il y ait moins de déplacement mais aussi d'attente sur le lieu de consultation engendre moins de fatigue, de stress, de douleur et d'inconfort pour le résident, particulièrement pour un résident atteint de pathologie psychiatrique. Les consultations extérieures peuvent être assez éprouvantes pour certaines personnes âgées, il faut compter la préparation du résident parfois sur un brancard, le transport en ambulance, le temps d'attente, la consultation et le retour à l'établissement. Le fait de pouvoir réaliser la consultation sur le lieu de vie du résident et de ne pas le sortir de son contexte environnemental est un réel avantage.

Ce qui ressort aussi est l'avantage organisationnel pour les professionnels des EHPAD de ne plus avoir à effectuer les déplacements. Dans la majorité des cas le résident est accompagné par un professionnel de l'établissement lors de ces déplacements cela peut être une IDE, une AMP ou un autre professionnel médical ou paramédical. Le détachement d'une personne de son poste est un vrai casse-tête organisationnel pour les établissements, cela peut entraîner une désorganisation du travail pouvant avoir des répercussions sur l'ensemble du système. Cela peut être nuancé car dans le cas de la télémédecine le détachement d'un professionnel est là aussi indispensable. C'est un point évoqué par l'IDEC

de la Résidence les Bouleaux, le résident lors de sa téléconsultation doit être accompagné par un membre de l'équipe ce qui veut dire qu'un soignant là aussi doit être détaché du service, pouvant entraîner une désorganisation de celui-ci, cependant le temps de détachement est bien moindre dans ce cas que dans le cas d'une consultation classique externe. En effet la moyenne de temps de téléconsultation est de 35min à ce temps s'ajoute la préparation du résident et son accompagnement jusqu'à la salle de téléconsultation. *

De plus tous m'ont fait partager aussi lors des entretiens l'amélioration du temps de réactivité pour obtenir une consultation. Les établissements m'ont rapporté qu'avant l'installation des téléconsultations, le délai pour obtenir un RDV auprès d'experts était assez long en raison du contexte actuel et de la pénurie de certaine spécialité médicale sur le territoire. Avant il été assez difficile d'obtenir un premier rendez-vous, aujourd'hui le délai de consultation à la Résidence des Charmille est de 3,8 jours et est semblable aux autres résidences. Ici aussi la réactivité de la prise en charge du résident va améliorer son confort et son bien-être.

Le confort ainsi que le bien-être du résident semblent donc être favorisés par la télémédecine, de plus que les professionnels trouveront également leur avantage dans l'utilisation de ce dispositif.

b. La présence d'un tiers lors de la consultation

Lors de ces entretiens, la question de l'éthique a été abordé, en effet lors des téléconsultations le résident est systématiquement accompagné par un professionnel de santé de l'établissement. On pourrait alors s'interroger si la relation entre le résident et le psychiatre peut être altérée par la présence de cette personne. Ici les avis divergent, les professionnels ont une vision assez différente sur cette thématique, d'un côté nous avons le psychiatre référent qui nous dit que cette présence n'est pas un problème en mettant en avant plusieurs éléments explicatifs notamment que cette présence permet de rassurer le résident qui pourrait avoir une appréhension à se retrouver seul face à l'écran et intervenir en cas de problème technique. De plus le psychiatre référent nous indique que pour elle c'est un bénéfice d'avoir cette tierce personne, elle va pouvoir accompagner le résident dans la compréhension des questions du psychiatre et un échange entre les deux professionnels est mis en place, le psychiatre va donc avoir des informations complémentaires délivrées par le personnel accompagnant.

Du côté des professionnels des EHPAD, eux aussi pensent que cette présence est bénéfique dans la prise en charge du patient, et que bien évidemment tout personnel accompagnant est une personne connaissant bien les habitudes et le comportement du résident ayant établi une relation de confiance avec celui-ci. Cependant une IDE m'a confié qu'à un certain moment cela l'a gêné et a eu l'impression de rentrer dans l'intimité du résident et se questionne sur la gêne que peut ressentir le résident. Une psychologue participant régulièrement à des téléconsultations m'a confié que ceci n'était pas un problème car l'accompagnant fait partie de la discussion et intervient dans les échanges, il n'est donc pas juste considéré comme un observateur par le résident, il est perçu comme une aide à la compréhension et à l'échange avec le professionnel et est conscient d'être soumis au secret professionnel.

Certains experts rencontrés ne voient pas d'un bon œil cet accompagnement qui pourrait restreindre la relation avec le psychiatre, altérer la relation construite autour du colloque singulier et voient dans les informations délivrées par des soignants que des paroles rapportées qui n'ont pas assez de valeur. Là aussi les points de vue divergent et tous les professionnels n'ont pas le même avis sur le sujet.

Après avoir assisté à une téléconsultation, j'ai eu la possibilité d'échanger avec un résident qui m'a confié être rassuré par la présence de son aide-soignante et de son IDE mais cela n'est pas à généraliser car chacun peut avoir son niveau de tolérance. De plus le consentement du résident est demandé systématiquement par tous les établissements rencontrés.

Il est donc nécessaire de réfléchir à ce nouveau mode d'accompagnement en lien avec les résidents et les professionnels de santé afin que chacun y trouve son équilibre.

c. Un nouveau mode de communication

La télémédecine par sa vocation apporte dans les établissements de nouvelles technologies. Les professionnels de santé y sont déjà sensibilisés par le biais de divers équipements présents dans les établissements, il n'en est pas de même pour les résidents qui n'y étaient jusqu'alors pas confrontés, il faut donc appréhender ce nouveau mode de communication.

Certains psychiatres rencontrés pensent qu'il faut rester vigilants avec certains résidents, et me font part que l'utilisation de ces éléments chez une personne souffrant de troubles psychiatriques pourrait entraîner de nouveaux symptômes, en particulier chez les personnes psychotiques. Bien évidemment il ne faut pas que l'utilisation de ces nouvelles technologies viennent majorer leurs troubles, c'est pourquoi nous explique une IDE que le consentement du médecin traitant et du résident est primordial. Le médecin traitant va avoir un rôle majeur car c'est à lui que reste la décision si le résident peut bénéficier de la téléconsultation. Les professionnels de santé m'ont aussi confié qu'ils restaient très vigilants lors des téléconsultations mais aussi après afin de détecter des angoisses pouvant apparaître et pourraient être liées aux consultations à distance.

Ayant assisté à certaines téléconsultations j'ai pu constater que la télécommunication était souvent fluide et que l'image et le son étaient de qualité.

Il apparaît que la distance que peuvent créer les éléments informatiques disparaît dès le début de la téléconsultation.

Lors d'une autre téléconsultation j'ai pu constater que cette communication n'était pas toujours aisée, la résidente au début de la séance ne comprenait pas d'où venait le son et avait beaucoup de mal à comprendre le spécialiste. De l'autre côté le médecin psychiatre avait beaucoup de mal à comprendre la résidente, les accompagnants présents ont donc facilité cette compréhension. On s'aperçoit ici qu'une bonne élocution et audition du résident est importante pour le bon déroulement de la séance. Par ailleurs j'ai pu constater que le binôme de spécialiste s'adaptait spontanément à la situation notamment en parlant plus fort ou en accentuant des mimiques. Le matériel mis en place leur permettait également de placer la caméra là où il le souhaitait ainsi que de zoomer afin de capter ce qu'ils voulaient percevoir (exemple : tics).

Tous les professionnels rencontrés s'accordent à dire que le taux d'acceptation des résidents est assez bon. Peu de refus de coopération ont été constatés, ce qui n'était pas forcément attendu chez ce public qui du fait de sa génération aurait pu être réfractaire à l'utilisation de nouvelles technologies. Mr O. directeur de la résidence des Charmilles pense que cette acceptation vient du fait que les résidents ont conscience qu'ils seront

accompagnés et aidés par un professionnel pour le bon déroulement de la séance de téléconsultation.

Il a donc été constaté que si les résidents, bénéficiant de ses téléconsultations, sont bien choisis et que leur accompagnement par les professionnels se font dans les meilleures conditions afin d'ôter toute appréhension, les résidents alors s'adaptent de manière très intuitive au dispositif.

d. Accompagnement des professionnels

L'accompagnement des professionnels a été aussi un sujet important lors de nos discussions. En effet c'est un point très important car une prise en charge de qualité résulte aussi du bien être des professionnels. Comme tout nouveau mode de fonctionnement, mise en place de nouveau matériel ou modification de leur exercice, cela peut être générateur de stress pour les professionnels.

Les réponses des professionnels restent assez mitigées concernant la formation qu'ils ont reçues sur le logiciel métier. Certains professionnels se sentent plus à l'aise que d'autres face à l'outil. Beaucoup d'entre eux appréhendent le fait d'être seul face à la technique, en cas de problème cela fait attendre le résident qui dans certains cas s'impatiente et s'agite. Cependant un numéro téléphonique est accessible en cas de besoin d'aide technique. D'après les entretiens très peu de pannes techniques se sont produites pour le moment ou bien de très courte durée assurant la réalisation de la téléconsultation dans l'heure qui suit. En cas de panne de réseau internet, ce qui est déjà arrivé dans un établissement, la téléconsultation a été repoussée et dans un autre cas l'EMGIE est intervenue sur place.

Du côté des experts une formation au logiciel a été aussi mise en place, l'équipe m'a confié ses difficultés au début à s'approprier cet outil assez lourd, l'IDEC a témoigné : « *Il n'y a que la pratique et l'utilisation régulière qui permettront de se former correctement* »

Aujourd'hui dans les différents établissements, le matériel dédié à la télémédecine est connu et identifié par tous, des procédures sont mises en place quant au fonctionnement de ce dispositif et du logiciel métier.

Les équipes de la Résidence Noel le Duc et les Bouleaux m'ont fait part aussi de leur satisfaction grâce au lien direct possible avec l'expert que procure la télémédecine. En effet les équipes des EHPAD se sentent mieux accompagnées par les professionnels de l'autre côté de la caméra grâce à l'échange possible. Elles se sentent écoutées et valorisées dans l'accompagnement réalisé avec le résident. Ces échanges plus souvent dynamiques et en temps réel sont plus exploitables annonce l'IDEC des Bouleaux que les échanges écrits qui étaient mis en place auparavant.

e. Evolution du projet

En termes d'évolution, tous les établissements m'ont fait part de leur souhait de continuer à effectuer des téléconsultations à la fin de la période d'expérimentation mais aussi de l'ouvrir à d'autres spécialités. Cette ouverture permettrait de couvrir des champs d'intervention médicale plus large et ainsi de répondre à d'avantage de problématique. Lors des entretiens à la résidence des Charmilles et à Noel le Duc c'est la cardiologie qui revient comme ouverture souhaitable. Du côté de l'EMGIE l'équipe souhaiterait quant à elle ouvrir le dispositif à d'autres EHPAD notamment les plus éloignés sur le territoire. Effectivement les EHPAD retenus pour cette expérimentation ne sont pas tous les plus éloignés des CH. Le directeur de la résidence des Charmilles m'a aussi fait part de sa volonté d'une meilleure appropriation de l'outils par les équipes afin que l'utilisation de la télémédecine devienne un réflexe pour les équipes et ainsi augmenter le nombre de consultation nécessaire pour la prise en charge des résidents.

Tous les établissements se projettent sur une évolution du dispositif de télémédecine et souhaite ouvrir ce mode de consultation à davantage de spécialité. C'est donc l'illustration d'un bilan positif par les équipes en place.

PARTIE 3 : ELEMENTS DE REFLEXION AFIN D'OPTIMISER LA TELE PSYCHIATRIE DANS LE PARCOURS DE SOINS DE LA PERSONNE AGEE

Du travail d'enquête sur le terrain via les entretiens semi-directif à la recherche de littérature, il en ressort que la télé-psychiatrie en faveur des personnes âgées est en train de se faire une place dans l'accompagnement des résidents en EHPAD présentant des troubles psychiatriques. Ma dernière partie de ce mémoire s'appuiera donc sur les constats réalisés et m'amènera à des réflexions et des actions envisageables afin d'optimiser l'utilisation de la télé-psychiatrie dans le parcours de soins de la personne âgée.

I. L'amélioration de la prise en charge du résident

a. Le résident au cœur de son projet de vie

C'est la LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale qui insiste sur le fait que le résident doit avoir un accompagnement personnalisé et qu'il doit être acteur de celui-ci, dans la mesure du possible.

Utilisée dans le champ de la santé, la notion de parcours de vie désigne " *l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes périodes et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale* " ¹⁹

Pour le conseil de la CNSA, les politiques publiques dans les champs de la santé doivent donc favoriser la continuité des parcours de vie des personnes de façon à éviter ou à défaut accompagner les ruptures brutales non anticipées, prendre en compte l'ensemble des besoins et y apporter des réponses adéquates, dans le respect de leur projet de vie, de leurs aspirations ou préférences personnelles et leur dignité humaine.

La télémédecine rentre dans cette optique de parcours de vie cependant afin de répondre à ces besoins, le résident doit être accompagné dans l'usage des NTIC mis en place.

¹⁹ Définition de l'OMS

Tout d'abord, le médecin en lien direct avec le patient doit l'informer sur l'acte médical réalisé (Art. L. 111-2 CSP) ainsi que sur le procédé de télé médecine utilisé (art. R. 6316-2 CSP). Il doit expliquer de façon claire, loyale et appropriée en quoi consiste l'acte de télé médecine, la différence avec une prise en charge classique, les risques spécifiques inhérents à ce type d'acte ainsi que les garanties en matière de secret des informations médicales. Il est important d'indiquer dans le dossier du patient le jour où il a été informé. L'Has recommande dans ce sens d'élaborer des fiches d'informations à destination des patients et de leur famille.

Le médecin a l'obligation d'obtenir le consentement du patient pour tout acte médical survenant en dehors de l'urgence. Il doit recueillir le consentement libre et éclairé de son patient sur la prise en charge médicale ainsi que sur l'usage de télé médecine. Le médecin doit également obtenir l'autorisation du patient pour que l'ensemble des intervenants à l'acte puissent avoir accès aux données de son dossier médical (partage de l'information).

b. Un cadre déontologique et éthique face à la télé psychiatrie

Depuis toujours la télé psychiatrie engage une réflexion éthique tout comme la télé médecine. En effet dès lors que de nouvelles pratiques sont instaurées dans un établissement, une réflexion doit être engagée.

Les craintes par rapport à la télé psychiatrie sont multiples : la déshumanisation de la médecine est souvent évoquée notamment par l'éloignement matériel du patient et de son psychiatre pouvant avoir comme conséquence un affaiblissement du lien entre eux. L'ajout du matériel informatique dans le colloque singulier pourrait favoriser la naissance d'une barrière entre les deux individus. Les médecins qui seraient alors devenus virtuels pourraient être moins écoutés par le patient et l'empathie du médecin pourrait être aussi amoindrie envers un malade virtuel. Cependant il a été démontré lors des différents entretiens que cette relation entre le spécialiste et le résident reste intacte, une vraie interaction est présente entre les deux. Cette relation médecin-malade reste donc encore présente malgré la barrière de l'écran.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a œuvré pour l'encadrement de la télémédecine, en veillant surtout aux considérations éthiques, à la pertinence des outils et au mode d'organisation de ces soins.

Selon le CNOM :

" La télémédecine est une des formes de coopération dans l'exercice médical, mettant en rapport à distance, grâce aux technologies de l'information et la communication, un patient et un ou plusieurs médecins et professionnels de santé, à des fins médicales de diagnostic, de décision, de prise en charge et de traitement dans le respect des règles de la déontologie médicale²⁰.

Il considère que l'acte de télémédecine constitue un acte médical à part entière et que son indication et sa qualité ne doivent pas être dégradées.

En effet les devoirs généraux des médecins énoncés dans le code de déontologie doivent s'appliquer à la télémédecine : droit du patient à l'information et à la participation aux décisions concernant sa santé, respect de la personne et de sa dignité, respect du secret professionnel et de la vie privée du patient.

Une démarche de réflexion doit alors être instaurée dans les établissements voulant proposer des consultations en télépsychiatrie afin de respecter une démarche d'éthique et de bientraitance envers les résidents pris en charge.

Modifiant l'organisation, la télémedecine soulève des questions concernant la responsabilité des différents acteurs participant à l'acte.

Aujourd'hui dans les textes réglementaires, on trouve peu de précisions sur la répartition des responsabilités lors de la réalisation d'un acte de télémédecine. On pourrait donc penser que le régime de responsabilité appliqué à l'ensemble des actes de prévention, de diagnostic et de soins a vocation à s'appliquer de la même manière pour la télémédecine. Dans ce cas chaque intervenant est susceptible de voir sa responsabilité engagée pour les actes qu'il a réalisés dans le cadre de la télé psychiatrie.

²⁰ Livre blanc CNOM janvier 2009 – Les préconisations nationales du conseil nation de l'ordre des médecins

Lors d'un rapport de la DGOS "télémédecine et responsabilité juridiques engagées" il est noté que " *La rédaction de conventions entre les différents intervenants à l'acte de télémédecine permettra de délimiter la nature précise de leurs engagements respectifs et les contours de leur responsabilité. Que ce soit au niveau de la détermination des responsabilités à l'égard du patient ou dans le cadre d'un recours en garantie entre les intervenants condamnés solidairement, le juge tiendra compte des obligations de chacun*"

A titre d'illustration, un jugement rendu le 21 mai 2010 par le Tribunal administratif de Grenoble s'est intéressé aux responsabilités des différents intervenants à un acte de télé expertise et confirme que pour l'appréciation des responsabilités, les magistrats tiennent nécessairement compte, des obligations de chacun des intervenants.

Il appartient ainsi au spécialiste de prendre en compte les limites de la pratique d'un acte de télé psychiatrie (sélection des informations par les professionnels de santé, altération de la qualité de l'information transmise) et en cas de doute, de solliciter des informations ou des examens complémentaires. Celui-ci est en effet responsable du diagnostic qu'il pose au regard des informations transmises.

Le médecin traitant est quant à lui responsable des données recueillies auprès du résident et télétransmises ainsi que du choix final de la thérapeutique qu'il décide sur les conseils du spécialiste.

De plus il est nécessaire d'identifier le médecin spécialiste qui répond à ses demandes de téléconsultations notamment en soumettant les conventions à l'approbation de l'ARS mais aussi au conseil de l'ordre des médecins où est inscrit celui-ci. Des expériences inquiétantes ont eu lieu avec des clichés envoyés en dehors du territoire français et interprétés par des médecins dont il est difficile d'apprécier le niveau de formation. De ce fait la convention doit être passée avec un médecin identifié sous l'accord de la direction et non avec un service ou un établissement.

Le développement des NTIC et d'échange par télémédecine est susceptible d'apporter un bénéfice considérable dans la prise en charge des patients, néanmoins elle doit se faire selon des protocoles bien précis, respectant des règles éthiques et de déontologie.

II. Les professionnelles de santé : un rôle important dans l'optimisation de l'outil

Les professionnels ont un rôle important dans le développement de la télé psychiatrie comme pour tout projet de télémédecine. Il est donc essentiel pour le bon fonctionnement du dispositif de les accompagner mais aussi de repenser leurs pratiques.

a. Une organisation et des pratiques professionnelles à adapter

Travail d'organisation interne

Il est nécessaire de penser à l'organisation des professionnels afin que la télémédecine s'adapte à leur quotidien.

Comme il a été évoqué lors des entretiens, le temps consacré aux téléconsultations semble parfois lourd dans l'emploi du temps des professionnels. Il est difficile pour certain établissement de dégager des postes afin d'accompagner le résident dans sa téléconsultation mais aussi de dégager du temps pour remplir le dossier de demande sur le logiciel métier.

Une solution pourrait paraître simple : consacrer un infirmier à ce dispositif, cependant je ne pense pas qu'il soit judicieux que toutes les connaissances soient détenues par un seul individu. Il faut que tout le personnel de ces structures se sentent concerné et impliqué par ce dispositif afin qu'il soit optimisé le mieux possible, c'est donc à chaque structure de penser son organisation en concertation avec les différents corps de métier.

En plus de l'adaptation organisationnelle viens se greffer l'adaptation des pratiques professionnelles.

De nouvelles pratiques professionnelles

La consultation à distance pour certaines spécialités implique une délégation des tâches en vue de sa réalisation.

C'est la loi HPST qui aborde le sujet de la délégation de tâches, dans son article 6132-1 : « *Des établissements publics de santé peuvent conclure une convention de communauté hospitalière de territoire afin de mettre en oeuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences entre les établissements et grâce à la télémédecine* ».

Un grand nombre de gestes cliniques et techniques doivent être délégués à l'équipe soignante sur place, par exemple un dermatologue ne pourra pas palper une lésion cutanée, un chirurgien orthopédique ne pourra pas lui-même apprécier la mobilité de l'articulation. Cette délégalion des taches va concerner des activités complexes mais aussi des activités plus ordinaires ne requérant pas de compétences médicales particulière comme par exemple : rassurer un patient. Toutes les spécialités ne sont pas égales face à cette délégalion.

Ces limites peuvent entrainer certaines frustrations chez le spécialiste car la consultation à distance peut empêcher la pleine expression des compétences cliniques habituelles. Ces délégalions doivent aussi reposer sur une confiance dans le jugement du délégalitaire dans un contexte ou la délégalion peut se faire entre des professionnels placés à des niveaux différents dans la hiérarchie médicale. Il ne parait pas possible de déléguer toutes les taches provenant de spécialités bien différentes (ex : gynécologie). Ces taches de délégalion sont théoriquement possibles notamment dans un cadre de démarche volontaire concernant les téléconsultations, mais si on se place dans un contexte ou la télémédecine se démocratise, cela peut apparaitre comme un facteur de résistance à l'utilisation de ce dispositif par certains spécialistes qui ne seraient pas en accord avec cette délégalion.

Cela fait donc apparaitre de nouveaux besoins en compétences afin de mieux appréhender les nouvelles pratiques ce qui pourrait laisser le champ libre à de nouveaux métiers qui émergeront dans un avenir proche ou existent déjà, comme celui d'assistant en télémédecine.

Ce poste a été créé en 2010 notamment à l'hôpital gériatrie Vaugirard-Gabriel-Pallez et repose sur quatre principes : une maitrise technologique de l'entretien, une maitrise organisationnelle, une médiation auprès du patient et l'accompagnement du patient.

La télémédecine n'étant pas sans répercussion sur l'organisation des soins et pratiques médicales, comme expliquée ci-dessus, cela a fait émerger deux constats quant à l'impact de la télémédecine sur la pratique médicale, repris par Mme Laurence Esterle, directrice de recherche à l'Inserm : "*La téléconsultation, notamment quand elle est exercée dans un cadre pluridisciplinaire, modifie les pratiques médicales et requiert diverses formes*

d'adaptation de la part des professionnels. Un tel procédé nécessite une coordination et la mise en place de cadrages sur les plans technique, organisationnel, social et clinique. Pour garantir l'efficacité des téléconsultations, la reconnaissance d'un nouveau métier semble s'imposer : celui de médecin coordonnateur en télé médecine, capable d'assurer la gestion du projet et sa continuité".

Ces nouvelles missions apparues avec la télé médecine sont donc à valoriser dans l'accompagnement des professionnels, qui est essentiel pour la pérennité et la viabilité du projet.

La formation des professionnels

Les professionnels de santé peuvent représenter un frein important au développement de la télé médecine, c'est pourquoi dans un de ces rapports, la DHOS²¹ préconise d'inclure des formations spécifiques, telles que les nouvelles démarches diagnostic et thérapeutiques apportés par la pratique de la télé médecine dans les programmes de formations des infirmiers et médecins.

b. Le développement d'un lien particulier entre professionnels

Aujourd'hui le parcours de soins nécessite une complémentarité des compétences de chaque professionnels, le travail de collaboration devient alors indispensable.

Toutes les parties prenantes s'accordent à dire qu'il retire un échange positif entre les différents professionnels. Avant la mise en place de téléconsultations, les professionnels de l'EHPAD et les professionnels du CH n'avaient pas de lien direct. Désormais un vrai temps d'échange et de partage est instauré entre les différents professionnels permettant à l'EHPAD d'apporter des informations complémentaires sur le comportement du patient notamment et aux professionnels du CH d'apporter des éléments de réponses directes tels que des conseils ou des conduites à tenir pour améliorer la prise en charge du résident.

Les professionnels peuvent alors se sentir soutenus et écoutés et ainsi pouvoir rompre le sentiment d'isolement pouvant être ressenti à certains moments.

Un objectif de la télé médecine est donc de décroïsonner et améliorer la communication avec les personnels de l'EHPAD qui assure la continuité des soins et les spécialistes du CH.

²¹ Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télé médecine - DGOS

De plus l'ANFH qualifie la télémédecine comme « fonction apprenante » et permettrait aux professionnels de mutualiser leurs savoirs et ainsi de gagner en compétences. L'organisation de la prise en charge médicale et des soins du résident apparaît alors comme davantage collective. Ces compétences pourraient continuer de s'accroître avec l'élargissement des spécialités en télémédecine.

III. Développement de la place de l'établissement sur son territoire

a. Ouverture de l'établissement sur son environnement

L'installation de dispositif de télémédecine permet à l'établissement de créer un partenariat, une relation avec un centre expert et donc de s'ouvrir sur le territoire. On peut donc y voir l'opportunité de décloisonner le champ Medico social et sanitaire par le biais de la télémédecine dans le but d'une meilleure prise en charge et d'un parcours de vie adaptée aux besoins de chaque résident.

Aujourd'hui disposer de matériel, de compétences en télémédecine apparaît comme une réelle ressource pour un territoire, notamment les zones rurales, où l'accès aux soins semble difficile par la répartition des médecins et des spécialistes sur le territoire national.

Un exemple de dispositif « Telehpad » mis en place dans les côtes d'Armor nous permet d'envisager l'utilisation de ses ressources disponibles à la population locale, en effet depuis 2014, les salles de téléconsultations installées dans des EHPAD permettent à la population locale de bénéficier de consultations à distance avec des spécialistes tout comme les résidents de l'EHPAD.

Cela a pour but de faciliter l'accès aux soins d'une population rurale résidant dans des zones pauvres en médecins spécialistes en proposant des consultations à distance par le biais de moyens mutualisés.

Cette éventualité doit être réfléchi et organisée notamment en termes de responsabilité des personnes extérieures accueillies mais aussi des relations avec les médecins traitants qui doivent être impliqués dans cette démarche, accompagnée d'un questionnement en

termes de financement, cependant tous ces éléments nous laissent penser que la télémédecine permet de renforcer les liens des différents établissements présents sur un même territoire.

Je pense que le développement de la psychiatrie ne pourra se faire que par l'élargissement de l'accès à la télémédecine à la population et l'ouverture sur d'autres spécialités.

b. L'évolution de la télé psychiatrie

De nouvelles spécialités

L'ouverture de la télémédecine à différentes spécialités pour les établissements médico-sociaux permettrait de répondre à de nombreux besoins. En effet, développer le volet somatique aurait des conséquences positives pour la prise en charge des résidents et permettrait une montée en compétence du personnel soignant. Ici aussi des déplacements seraient évités ainsi que les frais liés aux transports. De plus le matériel utilisé pour la télé-psychiatrie pourrait servir aussi à de nombreuses spécialités, seuls des accessoires spécifiques aux différentes spécialités médicales seraient nécessaires comme divers capteurs médicaux.

Ouverture à de nouvelles populations

La télé-psychiatrie doit être amenée à élargir son champ de développement pour répondre aux besoins de la population. Il serait intéressant que les territoires les plus isolés, ayant un accès difficile aux soins soient équipés en dispositif de télémédecine afin de permettre à la population de rentrer en contact avec un spécialiste plus facilement.

Les établissements pénitenciers devraient eux aussi bientôt expérimenter le dispositif de télé psychiatrie. Cela apparait comme une solution pour limiter les déplacements des personnes incarcérées, ainsi que tous les coûts et les contraintes d'organisation associés. Il s'agit également de s'efforcer de respecter l'accès aux soins des détenus, tout en privilégiant la sécurité des populations, des professionnels de santé ainsi que des personnels de l'administration pénitentiaire. D'autant plus que la santé des personnes détenues est un des cinq chantiers prioritaires de la stratégie nationale de déploiement de la télémédecine, pilotée par la DGOS avec l'appui de l'ASIP Santé.

Dans ces différents cas aussi l'établissement pourra créer de nouveaux partenariats et participer à son ouverture sur le territoire. Cependant le développement de la télépsychiatrie et de la télémédecine suppose qu'une réponse adaptée soit apportée en termes de financement.

c. Financement télé psychiatrie

Depuis 2011, date de début des expérimentations, la limite majeure à la mise en œuvre d'activités de télé psychiatrie était le financement des activités.

Aujourd'hui l'article 91 du LFSS 2017 lève la quasi-totalité des obstacles administratifs et financiers qui freinaient le développement de la Télémédecine en France, en particulier chez les médecins libéraux.

Cette loi précise que l'expérimentation en télémédecine est élargie à l'ensemble des régions. Ainsi tout médecin exerçant sur le territoire français, dans le secteur ambulatoire ou dans le secteur hospitalier, peut désormais s'engager dans des pratiques de téléconsultation et de télé expertise chez des patients en ALD (Affection de Longue Durée), c'est à dire atteints d'une maladie chronique. Il devra déclarer cette activité de télémédecine à l'ARS dont il dépend, ainsi qu'au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins où il est inscrit. Il devra également en informer son assurance.

De plus le médecin est libéré de toute charge administrative, que ce soit la démarche de contractualisation ou celle de participer à l'évaluation de ces nouvelles pratiques professionnelles. L'évaluateur sera externalisé et la HAS aura la mission de valider ou non le rapport d'évaluation.

En ce qui concerne les tarifs des téléconsultations, ils commencent à se dessiner, selon le Dr Pierre Simon, président de la société française de télémédecine, on pourrait en distinguer trois : pour la psychiatrie il sera possible de réaliser 5 actes par an par patient contre 3 pour le MCO et un remboursement de 43.7 euros par acte contre 26 euros pour un généraliste avec activité de gériatrie, 28 euros pour un médecin spécialiste.

Concernant la télé expertise : un médecin requis sera rémunéré par un versement forfaitaire transmis l'année n+1 au regard de l'activité de l'année n, 40 euros par an et par patient

quelque soit le nombre de télé expertises effectuées. Cette rémunération est limitée à 100 patients par an et par médecin.

L'annonce des tarifs applicables par les médecins pour les consultations à distance ainsi que leurs conditions de remboursement par l'Assurance Maladie est sans doute une première réponse aux acteurs du secteur médical, cela peut avoir un rôle considérable dans le déploiement de la télé psychiatrie en levant les problématiques liées au financement de l'acte ainsi qu'aux démarches administratives cependant il reste encore la question du coût de l'installation des dispositifs dans les établissements médico-sociaux.

En effet l'installation et la maintenance du matériel dédiées à la télé-psychiatrie paraissent assez coûteux pour les établissements et nécessitent un budget de fonctionnement assez important, cependant des solutions peuvent être apportées à ce problème. On pourrait alors réfléchir à un financement par l'établissement qui aurait épargné pour se permettre l'installation de ce dispositif ou bien la réponse à un appel à projet lancé par l'ARS, ce qui permettrait de financer le matériel cependant cela nécessite un travail conséquent pour fournir un cahier des charges assez complet afin de correspondre à la demande de l'ARS. On pourrait aussi imaginer qu'un budget serait débloqué par l'ARS en début de chaque convention tripartite afin de faciliter son développement. Dans tous les cas cités au-dessus, le budget dédié à la télémédecine sera certes conséquent mais permettra par la suite de faire des économies non négligeables, au niveau des dépenses de l'établissement mais aussi de l'état en ce qui concerne les hospitalisations des personnes âgées qui auraient pu être évitées. N'oublions pas le gain considérable concernant la qualité de vie au travail pour les établissements ainsi qu'une meilleure organisation des tâches des professionnels.

CONCLUSION

Ce mémoire avait pour vocation à réfléchir sur l'intégration de la télé psychiatrie dans le parcours de soins de la personne âgée.

Les nouvelles technologies de d'information et la communication font partie des domaines dont les avancées contribuent fortement aux progrès de la médecine.

La télépsychiatrie est aujourd'hui perçue comme une nouvelle forme d'organisation de la pratique de la psychiatrie au service du parcours du patient. Elle constitue un rôle majeur dans d'amélioration de l'accès aux soins, particulièrement dans les zones isolées, en permettant une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et en réduisant l'isolement des professionnels de santé.

Les principaux enjeux associés à son développement sont : l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et l'optimisation de l'utilisation des ressources humaines, financières et technologiques disponibles.

Cependant le développement opérationnel de la télé psychiatrie nécessite la reconnaissance des conditions de son exercice par un cadre tarifaire de l'Assurance maladie et sa prise en compte dans les tarifs de certains GHS. De plus un travail sur l'organisation des pratiques professionnelles ainsi qu'une réflexion éthique doivent être engagés.

La télépsychiatrie doit faire l'objet d'évaluations de façon à promouvoir les meilleures solutions au meilleur coût. Ces évaluations pourraient faire l'objet d'une surveillance au niveau d'un observatoire national de la télémédecine qui aurait pour mission d'alerter les pouvoirs publics en cas de dérive et d'apporter les adaptations réglementaires qui seraient nécessaires.

Aujourd'hui, je pense que cet outil ne remplacera pas la prise en charge classique en face à face mais vient en complément dans le suivi de patients ayant donné leurs consentements et pour qui on estime que ce type de consultations peut être une valeur ajoutée dans sa prise en charge. Pour finir la télémédecine a vocation à effacer les frontières, c'est pourquoi il ne faut s'arrêter à un regard régional.

LISTE DES ABREVIATIONS

- ALD** : AFFECTION DE LONGUE DUREE
- AMP** : AIDE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE
- ANAP** : L'AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE
- ANFH** : ASSOCIATION NATIONALE DE FORMATION HOSPITALIERE POUR LES AGENTS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE
- APA** : ALLOCATION PERSONNALISEE D'AUTONOMIE
- ARS** : AGENCE REGIONALE DE LA SANTE
- ASIP** : AGENCE DES SYSTEMES D'INFORMATION PARTAGES
- CCAM** : CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MEDICAUX
- CEPIDC** : CENTRE D'EPIDEMIOLOGIE SUR LES CAUSES MEDICALES DE DECES
- CH** : CENTRE HOSPITALIER
- CLIC** : CENTRES LOCAUX D'INFORMATION ET DE COORDINATION
- CNOM** : CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
- CNSA** : CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE
- CSP** : CODE DE LA SANTE PUBLIQUE
- DGOS** : DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS
- DMLA** : DEGENERESCENCE MACULAIRE LIEE A L'AGE
- DREES** : DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES
- EHPAD** : ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES
- EMGIE** : EQUIPE MOBILE GERIATRIQUE INTER EHPAD
- F2RSM PSY** : FEDERATION REGIONALE DES RECHERCHES EN PSYCHIATRIE ET DE LA SANTE MENTALE
- GCS** : GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE
- GIP** : GROUPEMENT D'INTERET PUBLIC
- GHS** : GROUPEMENT HOMOGENE DE SEJOUR
- HAD** : HOSPITALISATION A DOMICILE
- HAS** : HAUTE AUTORITE DE SANTE
- HSPT** : HOPITAL, PATIENTS, SANTE, TERRITOIRES
- IDE** : INFIRMIERE DIPLOMEE D'ETAT
- IDEC** : INFIRMIERE DIPLOMEE D'ETAT COORDINATRICE
- INSEE** : INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ETUDES ECONOMIQUES
- INSERM** : INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE

MAIA : LES MAISONS POUR L'AUTONOMIE ET L'INTEGRATION DES MALADES ALZHEIMER

MCO : MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE

NTIC : NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION

OMS : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

PAERPA : PERSONNES AGEES EN RISQUE DE PERTE D'AUTONOMIE

PIB : PRODUIT INTERIEUR BRUT

PRS : PROJET REGIONAL DE SANTE

PRT : PROJET REGIONAL DE TELEMEDECINE

SROS : SCHEMA REGIONAL DE L'ORGANISATION DES SOINS

SSR : SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

SSR : SERVICES DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE

UVPHV : ACCOMPAGNEMENT DES PROJETS DE VIE DES RESIDENTS VIEILLISSANT PRESENTANT
UNE SITUATION DE HANDICAP

BIBLIOGRAPHIE

- ANAP. 2010. *Technologies de santé et performance*. Le rôle de l'ANAP : les actions en cours, Matinale industriels Paris : 9 avril 2010.
- BEAUMEL Catherine et BELLAMY Vanessa. Janvier 2017. *Bilan démographique 2016*, INSEE.
- BOISSICAT Eric. 2008. *Télépsychiatrie : quelle distance ?*. Le Carnet PSY2007/8 (n° 121). Editions Cazaubon. Page 32/34.
- BOUET Patrick. S.d. *Atlas démographique médicale 2016*. Conseil national de l'ordre des médecins.
- CNOM. Janvier 2009. *Livre blanc : Les préconisations nationales du conseil nation de l'ordre des médecins*.
- DGOS. S.d. *Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine*.
- DUEE Michel, REBILLARD Cyril. Edition 2006. *La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040*. Données sociales – La société française.
- ETIENNE Jean Claude, Sénateur et DIONIS Jean, député. Nouvelles technologies de l'information et système de santé : la nouvelle révolution médicale. Rapport N°1686 Assemblée nationale. N° 370 Sénat.
- GOUSSEAU Marie Christine. Octobre 2010. *De la fragilité de la personne âgée à l'évaluation gériatologique*.
- HOSPIMEDIA. Octobre 2014. Le groupe SOS tente pour la première fois l'expérience ses téléconsultations gériatriques.
- JUAN Pierre. Juin 2006. *La Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale*.
- LAMBOTIN M. *Téléconsultation en psychiatrie : La première expérience française ; Médecine d'urgence (Paris) A*. 2004, vol. 26, NS, pp. 527-529
- LAUNOIS Robert. Février 2006. *Les aspects économiques de la télémédecine*. Bull. Acad. Natle Méd., 2006, 190, no 2, 367-379, séance du 7 février 2006.
- MANECHEZ Marie, S.d. *Suicides et tentatives de suicide en EHPAD dans le Nord Pas de Calais en 2012*. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (FR2SMpsy).
- MASSE Gerard. Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française. L'information psychiatrique 2006/10 (Volume 82).
- MATHIEU FRITZ Alexandre. 2012. *Les téléconsultations médicales en gériatologie : Gérontechnologies et qualité de vie*. Soins gériatologie A. 2012, n° 93, pp. 24-27

MULLER Marianne, Juillet 2017. *728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015*. Études et Résultats, n°1015, Drees.

ORS NPDC. Juillet 2012. *La région Nord-Pas-de-Calais à l'heure de la télémédecine*. Offres et structures de soins dossier NSEO.

RIGAUD Anne Sophie. S.d. *Prévention du suicide chez les personnes âgées*. Comité National pour la Bienveillance et les Droits des Personnes Agées et des Personnes Handicapées (CNBD).

RIMBAULT Marie. 13 octobre 2016. *Démographie médicale, le CNOM propose une approche par bassin de vie*. Observatoire régional de la santé.

ROBERT BOBEE Isabelle. Juillet 2016. *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*. INSEE division Enquêtes et études démographiques

SIMON P. 2010. *De nouvelles organisations et pratiques de soins par télémédecine. Télémédecine et diabète*.

STRUBEL Denise. S.d. *Le concept du sujet âge fragile APHJPA*.

TELEGERONTOLOGIE : de la téléassistance à la téléconsultation du malade âgé : Mythe ou réalité ?. La Revue de gériatrie A. 1996, vol. 21, n° 1, pp. 23-31.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Ce questionnaire doit servir de ligne directrice lors des différentes rencontres.

Entretien semi-directif : professionnels

- Le projet de télé-psychiatrie a-t-il été mis en place suite à une réponse au projet régional de santé ?

OUI NON

- Quels types d'actes de télé-psychiatrie sont-ils mis en œuvre dans l'établissement ?
- Pour vous à quels besoins le projet de télé-psychiatrie permet-il de répondre ?
- Quel est le profil type de patient pouvant accéder à la télé-psychiatrie ?
- Quel service est directement concerné mais aussi impacté par le projet de télé-psychiatrie ?
- Quelles étaient vos difficultés avant l'installation de la télé-psychiatrie dans la prise en charge ? Quel changement a induit la télé-psychiatrie dans l'établissement ?
- Qui porte le projet de télé-psychiatrie dans l'établissement ?
- Sous quel délai est-il possible de programmer un acte de télé-psychiatrie ? Quel était le délai de prise en charge en soin psychiatrique avant l'installation de la téléconsultation ?
- Avez-vous protocolisé les actes de télé-psychiatrie ?
- Comment qualifieriez-vous le taux d'acceptation des patients de plus de 65 ans ?
 - Combien de patients ont-ils déjà refusé ? et pourquoi ?
- En cas de refus du patient d'avoir recours à la télé-psychiatrie, quelle alternative est proposée ? + Nombre de refus
- Des locaux et le matériel dédiés à la télé-psychiatrie sont-ils identifiés par tous dans la structure ?
- En cas de panne technique, que se passe-t-il dans l'immédiat ?
- Le personnel est-il formé au fonctionnement du matériel utilisé pour la télé-psychiatrie ?
- Pour vous quelles sont les perspectives de la télé-psychiatrie ?

Après les séances

- Etes-vous satisfait de la qualité de l'image ?
- Etes-vous satisfait de la qualité du son ?
- Etes-vous satisfait de la fiabilité du système ?
- Etes-vous satisfait des consignes médicales qui ressortent de ses télé consultations ?
- Avez-vous un retour des professionnels ayant effectués la téléconsultation ? Dans quel délai ?

Questionnaire patient

Questionnaire semi-ouvert

- Etes-vous satisfait de la qualité de l'image proposée lors des téléconsultations ? Satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait, insatisfait
- Etes-vous satisfait de la qualité du son proposée ? satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait, insatisfait
- Etes-vous prêt à recommencer ce type de consultation ? OUI NON pourquoi ?
- Recommanderiez-vous ce dispositif ? OUI NON pourquoi ?
- En général vous êtes : satisfait, plutôt satisfait, plutôt pas satisfait, insatisfait

Entretien semi dirigé :

Que pensez-vous de ces consultations ?

Comment vous sentiez vous à l'idée d'avoir une téléconsultation ?

Vous a-t-on expliqué le déroulement de la séance avant la téléconsultation ?

Pourquoi avez-vous accepté ce type de consultation ?

Avez-vous ressenti une différence entre une consultation classique et une téléconsultation ? Si oui, laquelle ?

Que voyez-vous qui pourrait être amélioré ?

Annexe 2 : Grille d'analyse des entretiens

	Difficultés	Organisation	Ethique	Avantages	Inconvénients	Formation	Perspectives	Qualité technique
Entretien N°1								
Entretien N°2								

Lauren Baudier

L'intégration de la télépsychiatrie dans le parcours de soins de la personne âgée

Aujourd'hui, les innovations technologiques font parties du paysage de la santé et s'intègrent de plus en plus dans les pratiques professionnelles. La **télé médecine** ne cesse de se développer depuis que son cadre a été posé par la loi HPST du 21 juillet 2009. De plus dans un contexte où le nombre de **personnes âgées** ne cesse d'augmenter en France ainsi que l'éloignement géographique entre le spécialiste et le patient est de plus en plus grande, la **télé psychiatrie** apparait alors comme une solution. En effet, elle apparait comme un moyen de répondre à l'accroissement des demandes de prise en charge psychiatrique des personnes résidentes en EHPAD. La télé-psychiatrie est expérimentée depuis plusieurs années dans la Région des Hauts de France. Je me suis donc intéressé à ces **retours d'expérience** afin de réfléchir à l'intégration de ces pratiques dans le **parcours de soins** de la personne âgée. Cette étude m'a permis de comprendre les enjeux d'un tel dispositif mais aussi les atouts et les limites à différents niveaux : les résidents, les professionnels ainsi que le territoire.

Mots-clés : télé médecine, personne âgée, télé psychiatrie, retours d'expérience, parcours de soins.

The integration of telepsychiatry in the care pathway of the elderly

Today, technological innovations are part of the health landscape and are becoming more and more integrated into professional practices. **Telemedicine** has not ceased to develop since its framework was brought by the HPST law of July 21, 2009. Moreover, in a context where the amount of **elderly people** continues to increase in France as well as the geographical distance between the specialist and the patient is getting bigger and bigger, **tele psychiatry** then appears as a solution. Indeed, it appears as to the increased demands for psychiatric care of people residing in retirement home. Tele-psychiatry has been experimented for several years in region of the north of France. So, I became interested in this **feedback** to reflect on the integration of these practices into the **care path** of the elderly. This study allowed me to understand the stakes of such a device but also the strengths and limitations at different levels : residents, professionals and territory.

Key words : telemedicine, elderly people, tele psychiatric, feedback, care path.