

La téléconsultation en psychogériatrie : facteurs de succès et nouvelles configurations organisationnelles

Laurie MARRAULD (auteur correspondant)

École des Hautes Études en Santé Publique

laurie.marraud@ehesp.fr

06 10 97 69 72

36 Rue des Pierrelais – 92320 Châtillon

Stéphane BOUREZ

Hôpitaux universitaires Paris Île-de-France Ouest

Claude SICOTTE

École des Hautes Études en Santé Publique

Mots Clefs : télémédecine – psychogériatrie – téléconsultation – usages des TIC – changement organisationnel

Contexte et enjeux

Dans le domaine de la télémédecine, la psychiatrie bénéficie d'une avance de pratiques. Elle a été une spécialité pionnière dans la mise en œuvre du suivi à distance (Norman, 2006). Elle continue d'être une des premières spécialités demandées pour les rendez-vous de téléconsultations en France. Pourtant, en fonction des contextes organisationnels et du profil des patients, la réalisation de téléconsultation en psychiatrie continue de constituer un ensemble de défis pour les professionnels qui souhaitent la mettre en place. Dans cette communication, nous traitons du cas de la téléconsultation en psychogériatrie entre hôpital et EHPAD et analysons les enjeux socio-organisationnels desquels découlent le succès et l'adoption de ces nouveaux dispositifs.

Les objectifs et la problématique de la recherche

Dans notre étude, nous avons souhaité comprendre quels pouvaient être les facteurs facilitant ou au contraire freinant l'adoption du dispositif utilisé. L'étude a mobilisé un nombre d'acteurs volontairement restreint (11 répondants dont 1 double entretien), qui correspondaient aux initiateurs et principaux utilisateurs du projet de téléconsultation. Nous avons interrogé certains d'entre eux à plusieurs reprises, en commençant à la phase du déploiement du projet et en terminant après sa mise en œuvre effective, afin de comprendre quels éléments pouvaient constituer des facteurs de succès ou des obstacles à la poursuite du projet.

Le cadre théorique, les modèles, et les références bibliographiques mobilisés

Pour répondre à cette problématique, nous mobilisons le cadre théorique de DeLone et McLean (2003) qui définit les caractéristiques d'un système d'information et de communication performant. Il a été

utilisé dans une grande variété d'études des systèmes d'information, y compris pour étudier des systèmes de données cliniques (Nadar et al 2019). Le modèle est basé sur le cadre conceptuel de Shanon et Weaver qui évalue le succès d'un SI en considérant un processus temporel suivant 3 niveaux : le niveau technique de l'information, le niveau sémantique de l'information et le niveau de l'efficacité de l'information. Le modèle de DeLone et McLean (2003) propose plusieurs dimensions pour définir un système d'information et de communication performant: la qualité du système, la qualité de l'information, la qualité du service, l'utilisation, la satisfaction des utilisateurs et les bénéfices nets.

La méthode de recherche et le matériel utilisés (le cas échéant)

Afin de comprendre les facteurs de succès du dispositif présenté et ses implications socio-organisationnelles, nous avons mené une étude qualitative. En effet, nous cherchions à comprendre à la fois l'expérience personnelle des initiateurs du projet mais aussi les phénomènes sociaux qui résultaient de cette nouvelle configuration de pratique de la psychiatrie. Ces phénomènes ne pouvaient s'appréhender que dans le cadre d'une recherche de type qualitative, afin d'en comprendre la réalité *in situ*, de donner du sens aux points de vue et aux expériences des acteurs (Mays et Pope, 1995). Nous avons réalisé une série de 12 entretiens (dont 3 incluant le médecin coordonnateur à différentes étapes du projet entre 2018 et 2019), avec les principaux porteurs et utilisateurs du projet de téléconsultation. Une observation sur place a également été réalisée pour comprendre le déroulé de la téléconsultation. L'analyse des entretiens réalisés combinée à celle de l'observation a permis une compréhension de la téléconsultation comme un phénomène social global, systémique et une meilleure interprétation des interactions observées.

Les apports / l'intérêt de la communication par rapport à l'état de l'art ou aux pratiques

L'étude apporte un éclairage sur les aspects socio-techniques influençant l'appropriation des dispositifs de téléconsultation en psychogériatrie. Elle a aussi permis de décrypter comment le dispositif permet de matérialiser de nouvelles formes de collaboration entre les professionnels de santé, mettant la pluridisciplinarité au cœur de l'organisation. Elle a également mis en lumière de nouveaux repères spacio-temporels et modaux, en révélant des formes d'organisation proches de celle des équipes mobiles.

Références

Delone W., McLean E. (2003), The DeLone and McLean model of information systems success: a ten-year update, *Journal of management information systems*.

Mays, N. & Pope, C. (1995), « Qualitative Research : Rigour and qualitative research », *BMJ*, 311(6997), pp. 109-112.

Nadar M., Jouvret P., Tucci M., Toledano B., Cyr M., & Sicotte C., (2019) « The implementation of a synchronous telemedicine platform linking off-site pediatric intensivists and on-site fellows in a pediatric intensive care unit: A feasibility study », *International Journal of Medical Informatics*, Vol. 129, pp. 219-225

Norman S., (2006) « The use of telemedicine in psychiatry », *Psychiatric and mental health nursing*, 13(6), pp. 771-777.

■ **Le titre de la communication :** Etude pilote de l'implantation et des effets de trois innovations organisationnelles sur un site d'urgences en santé mentale à Montréal (Québec, Canada)

■ **Les auteurs et leurs institutions professionnelles**

Morgane Gabet ^{1,2}, Guy Grenier ², Zhirong Cao ² and Marie-Josée Fleury ¹⁻³

1 Département de Gestion, Evaluation et Politiques de Santé (DGEPS), Ecole de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM), 7101 av. du Parc, Montreal, QC H3X1X9, Canada

2 Centre de recherche, Institut universitaire de recherche en santé mentale Douglas, 6875 LaSalle Blvd, Montreal, QC H4H 1R3, Canada

3 Département de psychiatrie, Université McGill, 1033, Pine Avenue West, Montreal, QC H3A 1A1, Canada

■ **L'auteur qui assure la correspondance, avec indication d'e-mail, téléphone et adresse :**

Morgane.gabet@umontreal.ca - +1 514 999 4860

■ **3 à 5 mots-clés :** santé mentale, innovation organisationnelle, case management, intervention précoce, données de santé.

■ **Résumé de la proposition de communication :**

Contexte : L'utilisation des services d'urgences est considérée comme un indicateur de performance des systèmes de santé. Le recours aux urgences pour raison de santé mentale est en constante augmentation, avec une grande proportion de visites inadéquates. Ceci entraîne des coûts majeurs pour les systèmes de santé, les patients et leurs familles. Les patients souffrant de troubles de santé mentale, y compris les troubles liés à la consommation de substances et les comportements suicidaires, restent de grands utilisateurs des urgences. Le développement d'innovations organisationnelles, visant à introduire des alternatives aux urgences, est ainsi crucial dans l'amélioration des services dédiés à ces patients et leurs familles. Cette étude vise alors à (1) décrire la mise en œuvre de trois innovations organisationnelles dispensées par une équipe d'intervention brève (inspirée du case management), un centre de crise et une équipe de soutien aux proches aidants dans une urgence psychiatrique du Québec, y compris l'identification des obstacles à leur mise en œuvre ; et à (2) évaluer les impacts de ces innovations en matière d'utilisation des services d'urgences de santé mentale et leur réponse aux besoins des patients.

Méthode : À l'aide de méthodes mixtes avec triangulation des données, l'implantation et l'impact des trois innovations organisationnelles mentionnées ont été étudiés. Des données de santé ont été collectées (81 patients) ainsi que des données de satisfaction (81 patients et 20 proches aidants) à l'aide d'un questionnaire. Les questionnaires comprenaient également des questions ouvertes adressées aux patients et aux proches aidants. Des données qualitatives ont été recueillies grâce à des groupes de discussion (n=3) avec des membres clés du personnel d'intervention (n=14). Des analyses descriptives, comparatives et de contenu ont été produites.

Résultats : Ces trois innovations organisationnelles ont donné satisfaction à la fois aux patients, aux proches-aidants et aux personnels. Les principaux problèmes d'implantation rencontrés semblaient liés au système de santé en général, à son organisation et aux profils des patients rencontrés en santé mentale. Ces résultats supportent les résultats identifiés dans la plupart des études sur l'implantation d'innovations organisationnelles dans les services d'urgences. Néanmoins, ces résultats étaient encourageants, car les innovations ont eu un impact significatif, démontrant une amélioration dans

l'utilisation des services de santé mentale par les patients et donc une meilleure adéquation des soins. Les services semblaient également adaptés aux profils des patients, et aux besoins des proches aidants.

Conclusion : Avant de mettre en œuvre des innovations organisationnelles, certaines problématiques restent à prendre en compte : la nécessité de former le personnel et d'obtenir une forte implication, en particulier des médecins, dans l'implantation de ces innovations ; le développement d'outils de collaboration, surtout en cas de choc culturel potentiel dans l'organisation lors de l'implantation ; et la nécessaire mise en place de dispositifs d'évaluation continue de la qualité. Les recherches futures devront cependant confirmer la pertinence de ces innovations spécifiques, en particulier le recours à des équipes de soutien aux proches aidants dans les services d'urgences en santé mentale qui est une intervention –à notre connaissance- inédite. Des stratégies d'alternatives plus systématiques à l'utilisation des services d'urgences pour raison de santé mentale restent nécessaires pour améliorer les services et l'adéquation des soins.

DE L'OUTIL DE GESTION À L'OBJET-FRONTIÈRE : CAS DU PROJET PERSONNALISÉ NUMÉRISÉ DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL - HANDICAP PSYCHIQUE

THIERRY CÔME	OPHÉLIA KARTI
Professeur des Universités Université de Versailles Saint-Quentin-en- Yvelines thierry.come@uvsq.fr	Doctorante Université de Versailles Saint-Quentin-en- Yvelines kartiophelia@yahoo.fr

Les outils de gestion ne sont pas spécifiques au monde de l'entreprise. Reposant sur une visée gestionnaire, (Hatchuel et Weil, 1996) et une fonction d'aide à la rationalisation (Ghaffari *et al.*, 2013), ils ont pour but de réaliser des pratiques de gestion (Moison, 1997). Dès lors, ils se diffusent dans « *les organisations produisant des biens et services lucratifs ou non* » (Hatchuel et Weil, 1996) dont fait partie l'espace associatif-gestionnaire du handicap.

Le Nouveau Management Associatif du secteur médico-social s'approprie un modèle entrepreneurial et s'inscrit dans une démarche d'évaluation et de contrôle. Dès lors les outils de gestion, dont l'usage est facilité par la transformation numérique du secteur (Bartoli et Blatrix, 2015), participent d'une logique de « résultat » mettant en avant le lien entre performance et outil. Or, ruptures de parcours, problèmes de communication, incohérence des pratiques, données décentralisées, arrêts de prise en charge, les dysfonctionnements sont nombreux autour du suivi du parcours de l'utilisateur. L'implémentation numérique doit légitimement améliorer ce système (Weibel, 2012) et « *les outils de gestion issus de l'entreprise peuvent alors être vecteurs de réforme et d'adaptation aux évolutions sociétales dans le respect de leurs identités et leurs valeurs* » (Andrien, 2014).

En effet, le projet personnalisé ne peut se réduire à un outil de gestion ou instrument de contrôle. Son but premier est de réunir plusieurs acteurs parfois issus de mondes sociaux différents pour améliorer la condition de l'utilisateur qui devraient pouvoir réussir à : « *se coordonner malgré leurs points de vue différents* »¹ ; « *se comprendre* »² ; « *travailler ensemble* »³ en maintenant la « *pluralité de points de vue* »⁴, autant d'éléments constituant un objet-frontière (Star et Griesemer, 1989).

Défini « *comme un moyen de dépasser les frontières intra et inter-organisationnelles et de permettre la coordination et la coopération entre plusieurs groupes hétérogènes d'individus*

¹Pascale Trompette et Dominique Vinck, « Retour sur la notion d'objet-frontière », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. 3, 1, no. 1, 2009, pp. 5-27.

² Idem

³ Idem

⁴ Idem

(Carlile, 2002, 2004 ; Levina et Vaast, 2005 ; Bergman et al., 2007) »⁵, l'objet-frontière a un aspect dynamique « *grâce à la flexibilité et à la structure partagée* »⁶, même si des tensions peuvent exister autour de l'objet-frontière, dues aux « *langages hétérogènes et à la faiblesse des standards* »⁷

L'interdisciplinarité et la diversité des avis autour du projet personnalisé en tant qu'objet-frontière influenceraient les acteurs à « *coopérer, négocier, franchir de multiples étapes* »⁸ et ce d'autant plus que le numérique en favorise l'appréhension.

Ainsi, au-delà de l'outil de gestion, nous souhaitons apporter un éclairage sur le devenir du projet personnalisé dématérialisé en tant qu'objet-frontière. Les outils de construction et de gestion du projet personnalisé constituent des instruments communs, les usages sont disparates mais certains objectifs sont partagés par les acteurs notamment le fait de construire un projet personnalisé qui permet d'évaluer les besoins et attentes de la personne handicapée, le partage d'informations (synthèses éducatives, transmissions...).

D'où notre questionnement :

La numérisation du projet personnalisé, en tant qu'objet frontière, constitue-t-elle un apport ou un frein à l'accompagnement de l'utilisateur ?

Est-ce que la dématérialisation facilite l'acquisition de l'outil ou au contraire cela renforce les difficultés d'accessibilité ? N'est-il pas un moyen pour creuser les inégalités d'accès, notamment en écartant davantage la famille ? Du fait du langage trop technique, l'acquisition de l'objet pourrait devenir trop technique, ce qui ferait émerger des disparités de maîtrise de l'outil. Or, ce dernier permet de relier les personnes, et de relier les réseaux.

Pour traiter notre problématique, nous utilisons une approche qualitative basée notamment sur plusieurs entretiens semi-directifs et une observation participative. Notre étude de cas se réalise auprès d'une association-gestionnaire de plusieurs services et établissements médico-sociaux dans le champ du handicap. Cette organisation à but non lucratif assure la gestion de plusieurs ITEP⁹, IME¹⁰, SESSAD¹¹ et d'autres dispositifs accueillants des enfants et adultes en situation de handicap psychique.

⁵ Agnès Lancini, et Nathalie Sampieri-Teissier, « Contribution des Objets-Frontière (OF) à la Gestion des Connaissances (GC) : analyse des dépendances dans un bloc opératoire », *Systèmes d'information & management*, vol. volume 17, no. 4, 2012, pp. 9-37.

⁶ Susan Leigh Star, « Ceci n'est pas un objet-frontière ! Réflexions sur l'origine d'un concept », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. vol 4, 1, no. 1, 2010, pp. 18-35.

⁷ Céline Verchère et Emmanuel Anjembe, « De la difficulté de fabriquer des objets-frontières. Le cas d'un projet de conception exploratoire », *Revue d'anthropologie des connaissances*, vol. vol 4, 1, no. 1, 2010, pp. 36-64.

⁸ Idem

⁹ ITEP : Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique

¹⁰ IME : Institut Médico-Éducatif

¹¹ SESSAD : Service d'Éducation Spécialisée et de Soins A Domicile

L'outil qui, à l'origine permet de relier les acteurs peut les diviser. L'étude révélera qu'il existe diverses réticences voire rejets. Pour exemple, il y a le rejet par la famille de l'orientation en ITEP ou de la psychiatrie (prise de traitement, suivi du parcours de santé). Également les souhaits de la famille perçus trop ambitieux voire irréalistes par l'équipe interdisciplinaire. Le projet personnalisé comme outil de gestion, même dématérialisé, pourrait rendre plus difficile l'obtention d'un consensus. En effet, l'outil censé faciliter les échanges peut être perçu comme une évaluation, un élément rationnel et peu empathique. La numérisation du projet personnalisé favorise-t-elle la compréhension des décisions prises ou a contrario accentue-t-elle le fait que les décisions sont prises de l'extérieur ?

Nous sommes convaincus que le projet personnalisé, s'il est compris comme objet-frontière et non comme un simple outil de gestion, peut créer des interfaces, améliorer l'accompagnement avec divers usages, différentes interprétations du parcours médico-éducatif de l'utilisateur. Les professionnels incluent dans leurs préconisations une dimension positive pour le bien-être de la personne handicapée, tous essaient d'en améliorer la situation. Le projet personnalisé numérisé, comme objet-frontière, leur permet de faire émerger cette dimension empathique et facilite leur coordination.