



HAL
open science

La téléconsultation en psychiatrie : une étude de faisabilité en Haute-Normandie

Sophie Nebout

► **To cite this version:**

Sophie Nebout. La téléconsultation en psychiatrie : une étude de faisabilité en Haute-Normandie. Psychiatrie et santé mentale. 2008. dumas-01140551

HAL Id: dumas-01140551

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01140551>

Submitted on 8 Apr 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE ROUEN
FACULTE MIXTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE ROUEN**

**MEMOIRE EN VUE DE L'OBTENTION DU DIPLOME
D'ETUDES SPECIALISEES DE PSYCHIATRIE**

**LA TELECONSULTATION EN
PSYCHIATRIE : UNE ETUDE DE
FAISABILITE EN HAUTE-NORMANDIE**

Présenté le 20 octobre 2008 à Amiens

par

Mademoiselle Sophie NEBOUT

Née le 14 décembre 1979 à Clermont-Ferrand

Directeur de Mémoire : Docteur Olivier GUILLIN

A nos juges,

De la faculté de Médecine d'Amiens

Monsieur le Professeur C. MILLE

Monsieur le Professeur G. LOAS

De la faculté de Médecine de Caen

Madame le Professeur S. DOLFUS

Madame le Professeur P. BRAZO

Monsieur le Professeur P. DELAMILLIEURE

Monsieur le Professeur J.M. BALEYTE

De la faculté de Médecine de Lille

Monsieur le Professeur GOUDEMANT

Monsieur le Professeur VAIVA

Monsieur le Professeur THOMAS

Monsieur le Professeur DELION

De la faculté de Médecine de Rouen

Madame le Professeur F. THIBAUT

Madame le Professeur P. GERARDIN

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail,

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur THIBAUT

Pour la qualité de votre enseignement,

Pour la valeur que votre encadrement et votre travail apportent à l'ensemble du
DES de psychiatrie de Rouen,

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A Madame le Professeur GERARDIN

Pour la richesse de vos enseignements cliniques,

Pour nous avoir fait confiance,

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude.

A Monsieur le Professeur PETIT

Pour la pertinence de vos enseignements,

Pour la qualité de votre encadrement,

Veillez trouvez ici l'expression de notre haute estime.

A Monsieur le Docteur GUILLIN

Pour avoir été à l'origine de ce travail et l'avoir dirigé jusqu'à son terme,

Pour votre rigueur et votre disponibilité,

Veillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A mes maîtres de stage,

Monsieur le Docteur CRON,
Monsieur le Docteur LEGAT,
Monsieur le Docteur GOGUE,
Monsieur le Docteur HAOUZIR,
Monsieur le docteur GUILLIN,
Monsieur le Docteur TOURNIER,
Madame le Docteur VAISSAIRE,

Mon internat aura été marqué par la richesse de votre enseignement quotidien, vos remarques pertinentes, vos conseils avisés, votre soutien, et vos qualités humaines.

Nous tenons également à remercier ceux sans qui cette étude n'aurait pu être réalisée :

Madame le Docteur BATTISTELLA,

Monsieur le Docteur GUILLIN,

Monsieur le Docteur HAOUZIR,

Monsieur le Docteur VASCHALDE,

Monsieur VAUCHEL,

Ainsi que l'ensemble des équipes soignantes.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	3
I . REVUE DE LA LITTERATURE	5
1. Les définitions	5
1. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé	5
2. Autres définitions	5
2. Les Applications de la télémédecine	6
1. La téléconsultation	6
2. La télésurveillance	8
3. La téléformation	8
3. La télépsychiatrie	9
1. Définitions	9
2. La législation applicable à la téléconsultation et les recommandations des sociétés savantes	10
1. La France	10
2. Les autres pays	15
II. LE DEVELOPPEMENT DE LA TELEPSYCHIATRIE DANS LE MONDE	19
1. Les Etats-Unis	19
2. L'Australie	21
3. Le Canada	22
1. L'Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé	22
2. L'Association des Psychiatres du Canada	23
4. L'Europe	25
1. La Finlande	25
2. La France	26
III . EVALUATION DE LA TELEMEDICINE	31
1. La faisabilité organisationnelle	32

2. La faisabilité technique	36
3. La faisabilité clinique	36
4. La faisabilité systémique	40
5. L'évaluation économique	42
IV . UN ESSAI DE TELEPSYCHIATRIE EN HAUTE-NORMANDIE	44
1. Objectif et Hypothèses testées	44
2. Méthodologie	45
3. Résultats	51
1. Population patients	51
2. Population soignants	53
3. Taux d'acceptation (hypothèse 1)	54
4. Qualité de la télétransmission (hypothèse 2)	54
5. Fiabilité du système de transmission (hypothèse 3)	54
6. Conditions de sécurité (hypothèse 4)	54
7. Satisfaction des patients (hypothèse 5)	55
8. Satisfaction des soignants (hypothèse 5)	58
9. Remarques diverses	60
V. DISCUSSION	62
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	66

INTRODUCTION

Dans le contexte actuel d'une diminution progressive des effectifs médicaux, l'offre de soins en psychiatrie dans les régions rurales a significativement diminué. Nous sommes confrontés à des populations à mobilité réduite, des temps de trajet longs pour se rendre auprès de ces populations peu compatibles avec la nécessité pour les praticiens d'être présents sur le site des unités d'hospitalisation pour y assurer la continuité des soins médicaux.

Pour répondre à ces impératifs et augmenter l'offre de soins la téléconsultation pourrait offrir une alternative efficace.

Ainsi, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 3 (SROS 3) de la Haute-Normandie fait de la télémédecine un de ses axes stratégiques d'accompagnement des évolutions de l'offre de soins.

Cette proposition formulée avec les professionnels de santé à l'occasion de la préparation du SROS 3 s'inscrit dans un contexte haut normand marqué par :

- des densités en professionnels médicaux inférieures de 25% aux moyennes nationales,
- des inégalités dans la répartition des professionnels de santé à l'intérieur de la région.

La télémédecine, définie comme l'utilisation des technologies de communication et d'information pour délivrer des soins de santé et échanger des informations sanitaires lorsque les acteurs sont à distance, peut participer à améliorer l'accès aux soins et la continuité des soins. Il ne s'agit pas d'une solution de remplacement des interventions actuelles des équipes de secteurs mais d'une modalité complémentaire de l'offre de soins.

Conscient des difficultés rencontrées pour satisfaire les besoins de santé mentale dans la région, et notamment dans les zones rurales, les praticiens du Centre Hospitalier du Rouvray, du Centre Hospitalier de Dieppe, du Centre Hospitalier Pierre Janet au Havre et du Centre Hospitalier Spécialisé d'Evreux se sont portés candidats pour expérimenter la télémédecine en psychiatrie.

Nous proposons dans ce mémoire d'exposer une étude de faisabilité à laquelle nous avons participé sur la mise en place de la télépsychiatrie en Haute Normandie.

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. DEFINITIONS

1. 1 La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Il existe plusieurs définitions de la télémédecine, notamment en fonction de ses diverses approches possibles (modes de réalisation, intervenants, finalités).

Nous avons choisi de retenir les conceptions définies par l'OMS.

L'OMS distingue, au sein de la télématique de santé, la télémédecine, cette dernière est ainsi une composante de la première.

La télématique de santé comprend la télémédecine mais aussi la télé-éducation, la télématique pour la recherche appliquée à la santé et la télématique pour les services de gestion de la santé. La télématique de santé recouvre « les activités, services et systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen de technologies de l'information et des communications, pour les besoins planétaires de promotion de la santé, des soins et du contrôle des épidémies, de la gestion et de la recherche appliquées à la santé » ; la télémédecine est quant à elle plutôt centrée sur la pratique médicale.

« La télémédecine est donc une forme de pratique médicale et coopérative mettant en rapport à distance un patient et un médecin ou plusieurs professionnels de la santé grâce aux technologies de l'information et de la communication ».

1. 2. Autres définitions

L' « Advanced Informatics in Medicine » (AIM) donne au terme de télémédecine une définition purement étymologique. Le préfixe « télé » signifiant « loin », il s'agit d'une « médecine à distance ».

Le Professeur Louis Lareng (Lareng 1996; Lareng and Salvodelli 1994), pionnier européen de la télémédecine et directeur de l'Institut européen de télémédecine créé en 1989 à Toulouse, donne une définition générale et évolutive : « La télémédecine représente l'utilisation de tout moyen technique et de toute méthode permettant à distance la pratique médicale. Elle a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins par l'utilisation optimale des moyens techniques et des compétences médicales ».

2. Les applications de la télémédecine

La télémédecine, par l'utilisation des technologies de communication et d'information, établit une relation de coopération à distance entre plusieurs acteurs (médecin /médecin ; médecin/patient), soit dans le but de fournir des services ou de l'information nécessaires à la pratique médicale (applications de la téléconsultation et de la télésurveillance), soit dans le but de permettre un transfert des connaissances sur les pratiques médicales (applications de la téléformation).

Cette conception de la télémédecine permet ainsi de lui reconnaître trois principaux champs d'applications, qui sont également repris par la Direction des Hôpitaux dans sa présentation de la télémédecine en France.

2. 1. La téléconsultation

La téléconsultation :

Elle consiste en l'évaluation d'un patient, ou des données concernant un patient, sans interaction physique directe, via un système de télécommunication. Le champ de la téléconsultation est vaste ; on citera les demandes de seconde opinion auprès d'un confrère, l'organisation d'une prise en charge en urgences, l'orientation d'un patient et l'arrangement d'un transfert éventuel, mais également des soins primaires si le médecin n'est pas disponible.

Deux types de téléconsultation peuvent être distingués :

a) la téléconsultation de type 1 :

un patient consulte un médecin par un réseau de communication interposé.

b) la téléconsultation de type 2 :

le médecin consultant sollicite un avis diagnostic (télédiagnostic) et /ou thérapeutique (téléexpertise) auprès d'un autre praticien situé à distance.

Le télédiagnostic :

Il consiste dans le transfert des données d'un examen de diagnostic en vue d'une aide à l'interprétation. La télépathologie et la téléradiologie sont les activités les plus fréquentes et les plus développées, au point que « ces activités ne sont pas vues comme des innovations mais comme des routines » (Hetherington 1998). Sur la base d'une revue de la littérature, comprenant 214 articles, Hetherington relève 72 articles sur la téléradiologie et 35 sur la télépathologie.

La téléexpertise :

Elle est une aide à la décision médicale apportée à un médecin par un autre médecin situé à distance, à partir des éléments d'information de caractère multimédia qui lui sont transmis par un dispositif télématique. Les consultations peuvent concerner spécifiquement une pathologie, on parle par exemple de télécardiologie, de télédématologie ou de télépsychiatrie.

La téléconsultation est donc un terme générique qui couvre différentes configurations possibles. Ainsi, la transmission peut se faire sur un mode synchrone (visioconférence) ou asynchrone (messagerie). Le nombre de sites connectés peut également varier, en fonction de la solution technique adoptée, d'une liaison bipôle à une liaison multipôle dans le cas d'un visiostaff.

2. 2. La télésurveillance

La télésurveillance, ou le télémonitoring, est un appareillage particulier permettant d'enregistrer, en général à domicile, des paramètres physiologiques sur le patient puis de les transmettre au(x) médecin(s) concerné(s). Il s'agit par exemple de surveiller un taux de glycémie chez un diabétique, une tension artérielle ou en obstétrique d'observer les contractions utérines et le rythme cardiaque fœtal.

2. 3. La téléformation

La téléformation ou télé-éducation est un service s'adressant à des étudiants ou à des professionnels de santé par lequel ils peuvent avoir accès à un savoir-faire ou à des connaissances, quelle que soit leur localisation.

Il est possible, par exemple, d'utiliser ce système pour réaliser une base de données médicales consultables par tous et à tout moment sur le web.

Les « produits » ou « attendus » de ces applications :

Nous venons de décrire trois applications de la télémédecine (téléconsultation, téléformation et télésurveillance) selon une typologie largement utilisée.

Il y a lieu de définir le « produit » ou le résultat attendu de ces applications.

Dans le cas de la téléconsultation, le but recherché est une « amélioration du processus de décision médicale et en conséquence de la qualité de la prise en charge du patient ». Ainsi, une plus grande collégialité de cette décision médicale, une meilleure coordination entre différentes décisions, la mise en place de la compétence et de l'expertise d'un référent très spécialisé, ... tous ces éléments concourent à améliorer les soins offerts aux patients.

3. La télépsychiatrie

3. 1. Définitions

La télépsychiatrie est 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 Psychiatric Institute.

La télépsychiatrie, comme la télémédecine, peut se définir de différentes façons.

Pour l'American Psychiatric Association (APA), « la télépsychiatrie 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 existe une présomption croissante que sa forte augmentation actuelle, alliant le développement du numérique et la logique économique, s'amplifie encore et la fasse devenir un outil ordinaire de prestation, quel que soit le contexte » (Association. 1998-2005).

Il s'agit ainsi de l'utilisation des nouvelles technologies de communication et d'information comme support aux soins cliniques et 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 télépsychiatrie 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.

3. 2. La législation applicable à la téléconsultation et les recommandations des sociétés savantes.

3. 2. 1. La France

En introduction, il y a lieu de préciser que la spécificité française du droit médical et de la santé des personnes, par rapport aux pays anglo-saxons ou d'autres pays, rend peu transposables directement les nombreuses expériences touchant à la responsabilité, la confidentialité et le consentement.

Comme tous les services émergents, la téléconsultation nécessite de moderniser les réglementations sur les plans législatif, financier et médico-légal. Cette réglementation est indispensable au développement du service au niveau national.

Il existe néanmoins actuellement en France une ébauche de cadre législatif que nous allons préciser.

a. Le Code de déontologie médicale

Du point de vue de la déontologie médicale, l'absence de recours à de tels moyens d'assurer le meilleur diagnostic ou le traitement le plus adapté pourrait prochainement être considérée comme contraire à quatre articles du Code de déontologie médicale et sera certainement un jour retenue comme la source d'une perte de chance sinon comme une faute contractuelle par la violation de l'obligation de moyens qui caractérise habituellement la relation médecin-malade (Hazebroucq et al. 1996).

Les quatre articles du nouveau Code de déontologie médicale (Décret 95-1000 du 6/9/95, JO du 8/9/95) qui incitent à disposer des moyens et à éventuellement user d'un système de télémedecine sont :

- L'article 32 qui précise l'engagement du médecin d' « assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».
- L'article 33 qui insiste et rappelle que « le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés ».
- L'article 60 qui précise encore plus clairement que « le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice. S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. A l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en en avisant le patient ».
- L'article 71 fait encore obligation au médecin de « disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et des moyens techniques suffisants... ».

b. Le Conseil National de l'Ordre des médecins

Il s'appuie sur les différents rapports établis par les médecins à partir du Code de déontologie médicale, du Code de la Santé Publique et des différentes lois déjà en vigueur.

De nombreux textes français existent, relatifs essentiellement à la télémédecine, et transposables pour une télépsychiatrie future (Colloque de déontologie médicale 1996).

Le professeur Liliane Dusserre, dans son rapport « La télémédecine est-elle légale et déontologique ? » (Dusserre and Allaert 1996), aborde les aspects légaux et déontologiques de la télé-expertise et de la téléassistance. Cet auteur précise les textes sur lesquels se fondent la télé-expertise et la téléassistance.

Le caractère licite de la télé-expertise se base sur l'article 71 du Code de déontologie médicale (précédemment cité) qui prévoit que le médecin « ... ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées... ».

Quant à la téléassistance, elle a trouvé un fondement légal dans la Directive des Communautés européennes du 31 mars 1992 relative aux « prescriptions minimales de sécurité et de santé pour promouvoir une meilleure assistance médicale à bord des navires » (Directive 92/99/CEE du Conseil du 31 mars 1992).

La directive dispose que les navires dont « l'équipage comprend cent travailleurs ou plus et qui effectuent un trajet international de plus de 3 jours » aient « à leur bord un médecin ayant en charge l'assistance médicale ». Pour garantir un meilleur accès à l'aide médicale dans les autres navires, la directive prévoit le recours à la téléassistance.

« Art. 6 : Radioconsultation médicale

1. Chaque Etat membre, afin d'assurer un meilleur traitement d'urgence des travailleurs, prend les mesures nécessaires pour que :
 - a) un ou plusieurs centres destinés à fournir gratuitement aux travailleurs une assistance radiomédicale sous forme de conseils soient désignés ;
 - b) des médecins du centre de radioconsultation appelés à offrir leurs services dans le cadre du fonctionnement des dits centres soient formés aux conditions particulières qui règnent à bord des navires... ».

C'est ainsi que l'on peut rapprocher de cette situation le cas des patients, dont l'éloignement par rapport aux spécialistes en santé mentale justifie le concept de la téléconsultation (élaborée dans le sens d'une télé-assistance de la part du psychiatre).

Dans un autre rapport « La télé-expertise : un acte médicale à reconnaître ... et à rémunérer » (Dusserre 1999), l'auteur détaille les questions de définition de l'acte de télé-

expertise, d'attribution des responsabilités : le principe de diligence, les niveaux de compétence des médecins, l'asymétrie de la situation des médecins vis-à-vis de l'information, la maîtrise du système de télé-expertise ainsi que des problèmes posés par la rémunération.

Un rapport plus récent recense les principaux commentaires des articles de la Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie (Deau 2005). L'article 32 précise : « ... la télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect du Code de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité du médecin en contact avec le patient, par des moyens de communications appropriés à la réalisation de l'acte médical ».

L'auteur fait référence à douze articles du Code de déontologie concernés par l'exercice de la télémédecine, d'où il dégage six critères principaux repris par le Conseil National de l'Ordre des médecins :

- 1) L'utilisation de la télémédecine doit être dictée par l'état de santé du patient et ne doit pas être une fin en soi.
- 2) Il existe un impératif de qualité, technique, de communication et de qualification des téléexperts.
- 3) Le consentement éclairé du patient doit être explicitement obtenu et signé, sauf urgence liée à l'état de santé.
- 4) Le secret professionnel doit être un souci permanent : identité du patient, dossier médical anonymisé, traçabilité, archivage et stockage des échanges et des informations, secret professionnel du personnel effecteur, tous aspects à consigner dans les contrats de télémédecine.
- 5) Le téléconsulté est responsable de l'information qu'il donne, le médecin effecteur, au contact du patient, de l'utilisation qu'il en fait.

- 6) L'identité du ou des téléconsulté(s), celle du ou des téléexpert(s) et celle du médecin effecteur au contact du patient doivent être clairement indiqués.

Enfin, le Conseil National de l'Ordre stipule que tout médecin effectuant régulièrement de la télémédecine doit posséder un contrat d'exercice respectant ces six points qui doit être soumis préalablement au Conseil départemental et comporter tous les aspects précités, y compris les circonstances particulières qui les justifient.

c. Le Code de la Santé Publique

Dans un avant projet de loi Patients, Santé et Territoires présenté en avril 2008 par le ministère de la Santé, l'article 14 traite de « l'encadrement de l'activité de télémédecine » (Ministère de la Santé 2008) :

I. - Au chapitre 3 du titre 1^{er} du livre 1^{er} de la 4^{ème} partie du code de la santé publique, il est ajouté un article L. 4113-15 ainsi rédigé :

« **Art. L. 4113-15** La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance réalisée dans le strict respect du code de déontologie et du secret professionnel, en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, soit un patient et un ou plusieurs professionnels de santé, soit plusieurs professionnels de santé entre eux. Parmi les professionnels de santé figure au minimum un professionnel médical. Elle permet, à distance, d'établir un diagnostic, d'obtenir un avis spécialisé, de prendre une décision thérapeutique et de la mettre en œuvre, de mettre en place une surveillance de l'état des patients, et de réaliser, ou de prescrire, des produits, des prestations ou des actes. La définition des actes constituant la télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et, le cas échéant, de rémunération sont fixées par voie réglementaire. ».

II. – L'article 32 de la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

3. 2. 2. Les autres pays

a. Le Canada :

C'est essentiellement à la réglementation canadienne, la plus fournie dans la bibliographie, que nous allons maintenant nous intéresser.

L'Agence québécoise insiste sur le fait que « la télépsychiatrie ne constitue pas une solution de remplacement à la mise en place d'infrastructures et à l'établissement en région pour répondre aux besoins de la population en matière de services psychiatriques ».

Une étude canadienne recense 110 références publiées entre 1965 et 2003 (Hilty and Shayna 2004).

L'objectif poursuivi est le suivant : « la télépsychiatrie, sous forme de visioconférence, comporte d'immenses possibilités pour les soins cliniques, l'éducation, la recherche et l'administration. En ciblant la visioconférence, nous avons voulu examiner la littérature sur la télépsychiatrie et comparer ses résultats avec ceux d'une approche en face à face ou utilisant d'autres technologies... ».

Les résultats de l'étude sont les suivants : « la télépsychiatrie est employée avec succès pour divers projets de services cliniques et d'enseignement. Elle est réalisable, élargit l'accès aux soins, permet la consultation de spécialistes, donne des résultats satisfaisants, permet une évaluation fiable, comporte peu d'aspects négatifs en ce qui concerne la communication, satisfait généralement les patients et les fournisseurs de soins, facilite la formation et renforce les capacités des parties qui l'utilisent. Les données sont limitées relativement aux résultats cliniques et à la rentabilité ».

A l'issue de leurs travaux, les équipes canadiennes ont établi dix recommandations générales en ce qui concernent la viabilité des programmes et la qualité des prestations des services :

- 1) Un véritable engagement nécessite une évaluation préalable des besoins du territoire que ce programme est destiné à servir.
- 2) Il est primordial d'obtenir un soutien général et financier du programme par l'autorité principale des organisations concernées.
- 3) Il faut utiliser des technologies dont l'applicabilité clinique est éprouvée.

- 4) Il convient de s'assurer, pour chaque consultation, que l'équipement s'adapte suffisamment aux besoins du service et du patient
- 5) Il est indispensable d'évaluer les choix possibles, leur mise en œuvre, la maintenance de la télépsychiatrie à l'aide d'une équipe de cliniciens, techniciens et gestionnaires, à la fois sur le site central et sur ceux desservis.
- 6) Il faut aussi former, adéquatement, tous les coordinateurs de site aux aspects techniques et de procédure du service, ce qui inclut des préconisations générales précises concernant le transfert d'information médicale du patient au spécialiste, et retour.
- 7) Il est important de faire émerger un spécialiste reconnu de la télépsychiatrie qui procure une formation adaptée à ses pairs et collaborateurs, compte tenu de la technologie, de l'adaptation de la pratique clinique pour convenir à cet usage et en spécifier les limites.
- 8) Il est nécessaire de s'assurer d'une maintenance régulière et d'une possibilité de dépannage rapide,
- 9) de coordonner le rythme des consultations, ce qui signifie que le patient est présent à l'heure, que le téléconsultant dispose de suffisamment de temps et/ou que le demandeur adresseur ou l'équipe peuvent participer si besoin,
- 10) d'évaluer convenablement les résultats, la satisfaction, les coûts pour le patient, le demandeur adresseur et le téléconsultant, comme pour le programme lui-même : coordinateur, équipe technique et administrative.

L'Association des Psychiatres du Canada (APC), s'est également prononcée sur le développement de la télépsychiatrie. Elle adopte dans un document de travail (Urness 2003), une position nationale quant aux lignes directrices, aux types d'application et aux aspects opérationnels de la télépsychiatrie.

Elle recommande un consentement écrit signé par le patient.

Ce consentement doit préciser :

- la nature générale de la technologie employée et de l'entrevue,
- que la participation à la téléconsultation est volontaire et qu'un traitement substitutif sera offert en cas de refus de participer,
- que les modalités habituelles de confidentialité, en vigueur pour l'entrevue en face à face, soient appliquées,
- tout risque significatif.

De plus, le patient doit être informé de la présence d'autres personnes qu'elles soient visibles à la caméra ou non, à l'endroit de la dispensation du service. De même, le psychiatre consultant doit savoir si d'autres personnes seront présentes sur le lieu de dispensation des services.

b. Les Etats-Unis

Nous citerons ici les « conseils de gestion établis en urgence en matière de télépsychiatrie » (« Emergency Management Guidelines for Telepsychiatry ») et parus dans le « General Hospital Psychiatry » de mai 2007 (Shore et al. 2007).

Le but recherché des auteurs est de présenter un inventaire initial de conseils afin de discuter ultérieurement de recommandations en matière de télépsychiatrie que ce soit en soins de suite ou en soins d'urgence.

Quatre domaines sont abordés :

- le domaine administratif,
- le domaine de la législation et de l'éthique,
- le domaine des soins généraux,
- et le domaine des soins en milieu rural.

Concernant les questions administratives, il s'agit de :

1. évaluer la situation en périphérie : obtenir des informations sur le règlement et les ressources locales,
2. créer des protocoles d'urgence avec une répartition claire des rôles et des responsabilités,
3. déterminer un « point pivot » pour les urgences psychiatriques, c'est à dire quand les autres ressources (possibilités) sont à leur minimum,
4. déterminer des procédures de couverture des urgences en terme d'horaires.

Concernant les questions légales et éthiques, il s'agit de :

1. connaître les engagements et les devoirs de la localité,
2. s'entendre avec les autorités locales pour aider au règlement.

Concernant la gestion des soins généraux, il s'agit de :

1. être vigilant par rapport à l'impact de la télépsychiatrie sur les conditions de perception du contrôle des interactions cliniques, et comment on peut être amené à réaliser des conditions d'aménagement,
2. s'assurer de la bonne résolution de l'entretien avec des patients présentant des dysfonctionnements affectifs ou des troubles du comportement.

Concernant la gestion des soins en milieu rural, il s'agit de :

1. être attentif aux conséquences de révélations faites lors de la gestion de problèmes urgents, notamment sur la confidentialité du patient et sur les relations de voisinage au sein des petites communautés,
2. inclure la famille dans la prise en charge de situations d'urgence quand cela est possible, tout en étant vigilant à ne pas exacerber des tensions familiales dans les petites communautés.

II. LE DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE DANS LE MONDE

1. Les Etats-Unis

Les débuts de la télépsychiatrie se confondent avec les débuts de la télémédecine aux Etats-Unis en 1958.

A cette date, un service médical fonctionne sur la base d'un lien par ondes hertziennes reliant deux psychiatres de l'Université du Nebraska à 8 groupes de 4 à 5 patients, situés dans une institution psychiatrique éloignée de 160 kilomètres environ (Wittson and Benschoter 1972).

L'expérience de Wittson compte plus de 300 heures de sessions cliniques à son actif, elle fut interrompue du fait de son prix exorbitant (48,000 dollars par an).

Les conclusions de cette téléconsultation montraient une facilité d'acceptation par les utilisateurs, une pertinence de la technique vidéo pour les consultations et les enseignements cliniques.

Malgré le succès de cette première expérience, le développement de la télépsychiatrie a suivi celui des Nouvelles Technologies d'Information et de Communication (NTIC) : chaotique, sporadique et expérimental dans les années 1960-1970, sur le déclin dans les années 1970-1980, pour connaître un réel essor à partir de 1990 avec le perfectionnement des logiciels et des techniques de visioconférence, l'apparition de réseaux numériques et la diminution des coûts d'investissement et de fonctionnement.

Brown (Brown 1995) s'est intéressé au développement de la psychiatrie aux Etats-Unis. Il ne recense en 1995, soit après 30 ans de développement, que 9 projets de télépsychiatrie (dont seulement 6 sont opérationnels) et qui concernent des programmes d'enseignement pour les psychiatres, les médecins généralistes, les infirmières et autres travailleurs sociaux. Puis c'est l'activité clinique pure de téléconsultation qui se développe, mais elle aussi modestement, avec seulement 504 téléconsultations recensées jusqu'en 1995.

Actuellement, le développement est considérable avec plus de 25 programmes de télépsychiatrie recensés et plusieurs milliers de téléconsultations répertoriées.

Le développement de la télépsychiatrie depuis cette époque se mesure aussi par l'engagement des professionnels de la santé : le nombre de psychiatres impliqués dans les programmes de télépsychiatrie est passé de 4 en 1990 à 80 en 1998.

Brown explique cet engouement par plusieurs facteurs :

- l'amélioration technologique du matériel de visioconférence,
- la baisse des coûts de ce même matériel,
- la meilleure implication des autorités de tutelle.

Ainsi, bénéficiant d'un meilleur cadre organisationnel avec l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), les projets de télépsychiatrie se sont multipliés depuis 1995.

Aujourd'hui, avec plus de 25 réalisations de projets de télépsychiatrie, les Etats-Unis se démarquent surtout par 3 grands programmes qui rassemblent à eux seuls plus de 1000 téléconsultations par an.

Il s'agit des programmes des Centres Médicaux de Norfolk, de l'Université du Kansas et de l'Université du Montana. Ils assurent essentiellement des sessions cliniques.

Le programme du Centre Médical de l'Université du Kansas rentre dans le cadre d'un projet de télémédecine multidisciplinaire reliant quatorze sites distants au travers de douze spécialités. L'oncologie, la neurologie et la psychiatrie réalisent le plus de téléconsultations.

Dans le cadre du projet de télépsychiatrie, une liaison par visioconférence relie le psychiatre de Département de l'Université à des structures hospitalières éloignées. En configuration classique, ils auraient du se rendre par avion à la consultation.

Les programmes de télépsychiatrie portent sur des activités diagnostiques et thérapeutiques, en soins de pré et post-hospitalisation (Shore and Manson 2005).

Concernant l'avenir de la télépsychiatrie aux Etats-Unis, nombreuses publications vont dans le sens d'un développement croissant, en accord avec la volonté des pouvoirs publics (McGinty and Simmons 2006).

En effet, réformer les soins en santé mentale est la priorité de beaucoup d'initiatives en cours tant à l'échelle nationale qu'au niveau des Etats. Un des problèmes identifiés est l'égalité d'accès aux soins. Dans ce sens, la télépsychiatrie et les services de santé mentale via Internet seraient les moyens d'améliorer la dispense des soins en santé mentale dans les zones rurales, reculées et non desservies.

2. L'Australie

L'Australie est la deuxième nation à être citée pour son importance dans le développement de la télépsychiatrie.

Ce pays, par un facteur géographique évident, a accordé rapidement une place au développement de la télémédecine.

Une application fructueuse de la télépsychiatrie est celle de l'hôpital de Brisbane (situé sur la côte Est de l'Australie).

Après deux ans d'utilisation de visioconférence en réseau entre des unités intra et extra hospitalières, le centre de crise et le centre universitaire, le Royal Hospital de Brisbane sont arrivés à la conclusion que la télépsychiatrie est applicable en psychiatrie de liaison et pour les entretiens en réseaux.

La technique a permis de ne plus être que des « voix au téléphone » ; les équipes infirmières ont pu mieux communiquer entre elles ; un temps appréciable a été gagné à des fins administratives pour les réunions de coordination, l'évaluation et le recrutement de collaborateurs (Hawker et al. 1998).

L'hôpital psychiatrique de Brisbane utilise également avec succès la télémédecine à des fins d'enseignement (enseignement post gradué), ce que souligne *The Lancet*. Selon le journal, pour les grands centres universitaires qui seront le pratiquer, l'enseignement médical à distance deviendra un enjeu majeur (Editorial. 1995).

Concernant la pédopsychiatrie, le projet initialisé au Royal Children's Hospital de Melbourne est rapidement passé du stade de l'application pilote de la télépsychiatrie à son installation définitive dans les zones rurales.

Actuellement, on répertorie 2 grands projets de télépsychiatrie dans le sud du pays : le premier à Glenside et le second à Victoria.

L'unité de télémédecine de l'hôpital de Glenside (Adélaïde) est inaugurée en octobre 1995. Elle fait partie intégrante du Service de Santé Mentale du Sud Australien qui veut à cette époque améliorer l'accès des soins de santé mentale dans les zones reculées et isolées du Sud Australien.

En effet, avec 984.000 km carré (1/8 ème du pays) et 1.4 millions d'habitants (1 million à Adélaïde et 0.4 million dispersé dans les zones rurales), le Sud Australien et ses populations éloignées n'ont que peu d'accès à la médecine spécialisée. De nombreuses communautés rurales de quelques milliers d'habitants sont dispersées dans ces régions, les plus grosses agglomérations ne dépassent que rarement les 25.000 habitants.

Cette unité de télémédecine relie par visioconférence le Département de Psychiatrie de l'hôpital de Glenside Eastwood (Adélaïde) à l'ensemble des 23 hôpitaux locaux des communautés rurales éloignées. Le personnel soignant et le médecin généraliste peuvent ainsi demander 24 h /24 et 7 j /7, un avis psychiatrique spécialisé pour un de leurs patients. Les patients peuvent également accéder seuls à des rendez-vous en téléconsultation psychiatrique sans demander l'avis au généraliste.

On dénombre quelques 2219 téléconsultations réalisées entre 1994 et 1998. Toutes les études concluent à la validité clinique de la téléconsultation en terme de diagnostic et de décision thérapeutique (Hawker et al. 1998).

Un projet similaire est mis en place à Victoria.

3. Le Canada

3. 1. L'Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (AETMIS)

Récemment, l'Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (AETMIS) a publié un rapport sur les lignes directrices cliniques et les normes technologiques en télépsychiatrie (Pineau et al. 2006).

L'AETMIS relève du ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Elle a pour mission de conseiller et d'appuyer, au moyen de l'évaluation, les décideurs du milieu de la santé en matière d'introduction, d'acquisition et d'utilisation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Elle est dirigée par un conseil d'experts.

Elle emploie une quarantaine de chercheurs et de spécialistes en évaluation couvrant les enjeux de l'efficacité, de la sécurité et de l'efficience des technologies de la santé ainsi que les implications éthiques, sociales, organisationnelles et économiques de leur adoption.

Le rapport traite de nombreux aspects de la télépsychiatrie :

- ❑ Les lignes directrices cliniques : définitions, objectif général, champs d'applications (pour adultes, pour enfants, télécomparution, téléformation), modalités d'application (consentement du malade, informations à transmettre, tenue des dossiers, archivage, évaluation de la qualité de l'acte médical, traitements des plaintes, rémunération),
- ❑ Les normes technologiques,
- ❑ Les aspects économiques,
- ❑ Le cadre juridique et les considérations éthiques,
- ❑ Les conclusions et recommandations.

3. 2. L'Association des Psychiatres du Canada (APC)

L'association des psychiatres du Canada a rédigé un document de travail concernant la télépsychiatrie, document approuvé par le conseil d'administration de l'APC en janvier 2003 (Urness 2003).

Ce document de discussion vise à combler les manques qui existent devant le développement de la télépsychiatrie et l'absence d'une position nationale établie. Pour cela, il propose des lignes directrices qui abordent les prérequis, les types d'application et les aspects opérationnels de la télépsychiatrie.

Ainsi, sont discutés, entre autres :

- ❑ Les qualifications du consultant,
- ❑ Le matériel dans ses aspects techniques,

- ❑ L'infrastructure,
- ❑ Les applications cliniques et non cliniques (éducation, recherche, administration),
- ❑ Les aspects opérationnels : consentement et confidentialité, dossier médical, rémunération,
- ❑ La couverture médico-légale.

A partir des expériences antérieures de télémédecine, un projet national de recherche sur la télésanté pour les Premières nations, les Inuits et les Autochtones a pu être établi. Ce projet inclut les expériences de télépsychiatrie (Health Canada 2001).

Les conclusions sont globalement positives. Dans l'ensemble, les résultats de l'évaluation ont montré que la télésanté peut être appliquée avec succès dans les collectivités isolées des Premières Nations. Elle permet de procurer des soins de qualité. A long terme, la télésanté pourrait améliorer l'état de santé des membres de la collectivité et le niveau des infrastructures médicales locales.

Il est émis cependant quelques réserves. Son succès repose sur plusieurs conditions importantes au niveau communautaire, à savoir la stabilité du poste de soins infirmiers et la mobilisation de la collectivité, de même que de bons liens avec les fournisseurs éloignés, ainsi que des technologies et des soutiens efficaces.

La première association canadienne à s'être consacrée à la télésanté est la Société Canadienne de Télésanté (SCT).

Depuis, plusieurs réseaux se sont organisés incluant des programmes de télépsychiatrie :

- ❑ « Connexion Santé à Ottawa » : il s'agit d'un réseau de télésanté qui relie plus de 50 établissements dans l'Est et le Sud-Est de l'Ontario (province du Canada)
- ❑ Le réseau « North » : il est constitué de plus de 120 centres d'accès à des services de télémédecine répartis dans l'ensemble de l'Ontario.

4. L'Europe

Ceux sont essentiellement dans les pays de l'Europe du nord que se sont développées la télémédecine et la télépsychiatrie (Hanssen et al. 2007).

4. 1. La Finlande

Une des premières expériences de télépsychiatrie remonte au début de l'année 1996. Elle a été réalisée par le Département de Psychiatrie de l'Université de Oulu (dans le nord de l'Ostrobothnia) (Mielonen et al. 1998).

Ce département de Psychiatrie était relié, grâce à la visioconférence, aux différents centres médicaux des municipalités avoisinantes mais cependant éloignées d'au moins 200 kilomètres.

Le but du service de télépsychiatrie était de fournir une assistance experte dans les centres concernés, de diminuer les voyages coûteux et d'améliorer les services psychiatriques spécialisés dans les municipalités environnantes.

Globalement, le projet a été jugé de façon positive par les patients et leurs familles qui pouvaient ainsi accéder facilement et rapidement à un service psychiatrique spécialisé.

Par ailleurs, le projet a été jugé comme acceptable et efficace par l'ensemble des utilisateurs. Les patients et leurs familles montrent très peu d'appréhension à participer aux téléconsultations.

Les municipalités finlandaises sont très intéressées par ce nouveau mode de communication permettant d'offrir un service médical de proximité à leurs habitants.

Fort de cette première expérience, les projets de télémédecine se sont multipliés en Finlande.

Un article du « Journal of Telemedicine and Telecare » recense l'activité de visioconférence pour des soins de santé mentale (« telemental health » (TMH)) en Finlande au terme de l'année 2006 (Ohinmaa and Roine 2008).

Au total 135 centres de soins pratiquent la TMH dont 84 centres sont des unités de soins primaires et 8 centres sont des centres médico-sociaux.

Le taux global de téléconsultations par rapport à l'ensemble des consultations en psychiatrie est de 4 pour 100.000, avec un taux maximum de 22 pour 100.000 comptabilisé dans le nord de la Finlande.

La plupart des sites utilisent la télépsychiatrie pour moins de 10 % de leurs consultations externes. Les sites qui utilisent la télépsychiatrie pour plus de 20 % de leurs consultations externes sont ceux situés dans les zones rurales.

Comparé à la Finlande, le taux d'utilisation de la TMH est plus important au Canada. Cette différence doit être due à une différence d'organisation des soins entre les deux pays : en Finlande, l'utilisation de la vidéoconférence complète seulement une très petite partie des soins en santé mentale.

La télépsychiatrie en Finlande se développe particulièrement dans les zones éloignées géographiquement et elle est aussi largement utilisée pour la formation médicale continue.

4. 2. La France

1. La démographie médicale comme justificatif du développement de la télémédecine en psychiatrie

- Rapport de la Direction de la recherche des Etudes de l'évaluation et des statistiques (DREES) de novembre 2004

Dans un rapport de la Drees de novembre 2004, le ministère de l'emploi fait une projection au niveau national de la démographie médicale en 2025 (Ministère de l'emploi 2004).

En faisant l'hypothèse que le numerus clausus augmente progressivement de 5550 en 2004 jusqu'à 7000 en 2006 puis restant à ce niveau les années suivantes, relèvement qui a été annoncé, le nombre de médecins en activité en France diminuerait à partir de 2006, passant de 205200 en 2002 à 186000 en 2025.

Plus précisément, avec l'hypothèse d'un nombre de spécialistes en troisième cycle égal à la moitié du numerus clausus cinq ans auparavant, les effectifs de généralistes devraient moins diminuer que ceux des spécialistes.

Le rapport prévoit une diminution des effectifs de spécialistes, surtout sensible pour les ophtalmologistes, les Oto-Rhino-Laryngologistes (ORL) et les psychiatres. Pour cela, les auteurs stipulent que les choix observés en 2004 concernant la répartition des postes à l'Examen National Classant par discipline et par région se poursuivent à l'identique.

Ainsi, sur la base de ces hypothèses tendancielles, les diminutions les plus prononcées du nombre de médecins en activité devraient concerner l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'ORL (de l'ordre de 30 à 40 % entre 2002 et 2025), la diminution projetée fait suite à une période de quasi-stagnation des effectifs pour l'ophtalmologie et l'ORL, mais à une croissance sensible dans les années 1990 pour la psychiatrie.

- La Lettre de la Mission National d'Appui en Santé Mentale, juin 2006

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

Alors que la situation actuelle de la France reste globalement très favorable, la densité moyenne des psychiatres est très élevée et a encore augmenté en 2004 (plus pour longtemps d'après les projections du rapport précédent), la disparité de leur répartition dans les régions, les départements et surtout au sein des zones rurales, infra départementales, est devenue telle que le territoire national laisse désormais apparaître de véritables « zones blanches ». il s'agit de secteurs, au sens de la sectorisation psychiatrique, où la présence médicale est d'ores et déjà devenue insuffisante pour assurer le maintien de la politique de secteur telle que voulue depuis 1960.

Le processus de « désertification » concerne certaines rurales et maintenant péri-urbaines où le nombre de psychiatres présents a baissé bien en deçà du minimum nécessaire (on considère qu'un secteur de l'ordre de 70000 à 100000 habitants doit disposer d'un effectif moyen de cinq à sept praticiens hospitaliers).

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 explicite : 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. 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.

2. Les principaux sites de télépsychiatrie

a. La première expérience : à Nice

La première expérience française de téléconsultation en psychiatrie a été mise en place à l'hôpital local de Tende (chef-lieu de canton de l'arrière-pays niçois) en novembre 1999.

Cette expérience a fait l'objet d'un travail de thèse (Stab 2001).

L'objectif était d'améliorer l'accès aux soins et le suivi des patients éloignés des centres psychiatriques spécialisés, localisés dans une zone géographique difficile d'accès en hiver.

Grâce à ce dispositif de prise en charge, un psychiatre du pôle médico-universitaire de Nice pouvait chaque semaine proposer une consultation spécialisée avec un patient de la région de montagne de Tende par le biais de la visioconférence.

Le travail de l'auteur avait pour but d'évaluer les indicateurs d'activité, les indicateurs de fonctionnement et les indicateurs de résultats de la téléconsultation. Cette évaluation s'est faite à partir de deux questionnaires destinés aux patients et au psychiatre. Un troisième questionnaire appréciait la perception et l'impact de cette téléconsultation sur les médecins généralistes de la vallée.

L'étude a été menée sur 12 mois (novembre 1999-novembre 2000) et a concerné 8 patients. Sept patients ont profité d'un télésuivi et un patient a bénéficié d'une télé-expertise diagnostique à la demande du médecin de l'hôpital local.

L'âge des patients variait entre 20 et 80 ans. Les pathologies en cause étaient majoritairement des syndromes anxio-dépressifs (6 patients sur 8). Les autres pathologies et pathologies associées étaient principalement : dépendance à l'alcool, agoraphobie, crises d'angoisse paroxystique et épisodes délirants.

Plus précisément, il a été évalué les points suivants :

- la technique (qualité audio, qualité vidéo, synchronisation audio-vidéo, fréquence des dysfonctionnements et leurs conséquences immédiates sur la consultation) ;
- la qualité de la prise en charge (faculté d'interagir, écoute, aide ressenties par le patient) ;
- le résultat de la prise en charge (satisfaction globale).

En conclusion, malgré le faible nombre de patients inclus, l'auteur atteste de la faisabilité technique, de la bonne acceptation et de l'acceptabilité clinique de ces téléconsultations en psychiatrie.

b. Les autres sites

Sur le territoire métropolitain, les autres sites répertoriés à ce jour sont :

- ❑ une activité de visioconférence entre le CHS du Vinatier (Rhône) et l'hôpital d'Aiguille (Hautes-Alpes),
- ❑ une activité de liaison entre un service de psychiatrie infanto-juvénile et l'Education nationale en Bourgogne,
- ❑ un projet de télépsychiatrie au Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) de Bois-d'Arcy (dans le cadre de six sites pilotes de SMPR),
- ❑ une activité institutionnelle en Ardèche entre Annonay et le CHS Sainte-Marie-de-Privas,
- ❑ une activité de téléconsultation de santé mentale pour personnes âgées au CHU de Grenoble.

En Martinique, un projet se développe pour la Guyane, dans le cadre du projet européen ISLANDS (Integrated System for Long distance psychiatric Assistance and Non-conventionnal Distributed Health Services).

La croix rouge française, par le centre médico-chirurgical de Kourou, bénéficie d'une station de visioconférence utilisée pour la télé-expertise en psychiatrie.

Parallèlement au développement in situ de la télépsychiatrie, les publications à ce sujet se sont multipliées.

Les journaux « Synapse » (Bourgeois and Weinberg 2000; Lefranc and Bourgeois 2001), « Nervure » (Kannas 2005), « Psycause » publient un nombre croissant d'articles.

La Fédération Française de Psychiatrie a édité un numéro spécial suite au Troisième Symposium International sur psychiatrie et Internet qui s'est tenu en avril 2003. Ce bulletin relate quelques expériences françaises (Thurin and Thurin 2003).

III. L'ÉVALUATION DE LA TELEMEDECINE

A l'échelle mondiale, plusieurs milliers de publications concernent la télémédecine et plusieurs centaines, essentiellement étrangères, concernent la télépsychiatrie. Les parutions ont progressé de façon exponentielle chaque année, depuis 1965, avec une nette accélération à partir de 1995. Tous les sujets sont abordés : cliniques, thérapeutiques, spécialisés, éthiques, organisationnels, techniques. De nombreux articles décrivent une expérience, d'autres comportent une évaluation, certains, plus rares, décrivent des études randomisées.

Pour illustrer cette croissance exponentielle des publications concernant la télépsychiatrie, nous pouvons citer l'article du Dr. J. Monnier et ses collaborateurs qui consiste en une mise à jour des récentes avancées en matière de télépsychiatrie (Monnier et al. 2003). Ainsi, de 1970 à 2000, 68 articles ont été répertoriés et 63 publications sont retrouvées entre mars 2000 et mars 2003. Les auteurs résument les résultats de leur revue en classant les études en 6 domaines :

1. les applications cliniques originales et la description des programmes actuels,
2. la fiabilité des évaluations cliniques,
3. les conséquences cliniques,
4. la satisfaction des patients et des médecins,
5. le coût et la rentabilité,
6. les questions légales et éthiques.

Les articles qui décrivent les applications originales de la télépsychiatrie ainsi que les différents programmes en cours estiment que celle-ci est en voie d'expansion.

Dans tous les cas, les études d'évaluations réalisées au moyen de la télépsychiatrie concluent que la télépsychiatrie peut améliorer la situation clinique du patient et que patients et médecins sont satisfaits du traitement délivré. Cependant, les auteurs soulignent que malgré les informations croissantes sur la télépsychiatrie, les études possédant des qualités méthodologiques fortes restent encore peu nombreuses (Mair and Whitten 2000).

L'évaluation en télémédecine a fait l'objet d'un ouvrage du Ministère de la Santé à l'attention des promoteurs de projet de télémédecine qui a été publié en mars 2000 (CREDES 2000).

L'évaluation de la télémédecine regroupe différents points qui recouvrent des objectifs différents.

Ainsi, 5 niveaux à l'évaluation peuvent être distingués:

1. l'évaluation organisationnelle : elle nous renseigne sur la faisabilité organisationnelle ou fonctionnelle,
2. l'évaluation technique : elle nous renseigne sur la faisabilité technique du projet,
3. l'évaluation clinique : elle nous renseigne sur la faisabilité clinique,
4. l'évaluation systémique : il s'agit de juger des impacts du télé-service sur l'organisation des soins psychiatriques et sur le système de santé français,
5. l'évaluation économique.

1. La faisabilité organisationnelle :

Ceux sont les indicateurs d'activité et de fonctionnement du téléservice qui permettent de répondre à cet objectif d'évaluation. Ceci revient à estimer le nombre potentiel d'actes pouvant relever de la télépsychiatrie et permet de connaître les indications et contre-indications de cette modalité de prise en charge.

La téléconsultation peut consister en :

- ❑ un télédiagnostic : le psychiatre voit le patient pour la première fois et établit au terme de la consultation un diagnostic ;
- ❑ ou un télésuivi : elle fait suite à un télédiagnostic ou à une prise en charge plus traditionnelle.

Du point de vue organisationnel, les lieux de prestations comprennent les hôpitaux, les services d'urgence, les cliniques, les centres de consultation, le domicile, les foyers, les écoles et les prisons (Kannas and Massé 2006; Magaletta and Fagan 1998). Sont inclus dans la téléconsultation l'évaluation précédant l'admission, le suivi post-hospitalier, la gestion du traitement médicamenteux et la consultation de routine.

La téléconsultation peut se dérouler avec la présence simultanée d'un soignant, d'un proche ou des deux. Leur rôle, en plus d'une fonction de réassurance pour le patient, est une aide potentielle pour le médecin. Ainsi, ils peuvent renseigner ce dernier quant à des signes physiques peu ou pas visibles par visioconférence (Kannas and Massé 2006).

Il semble tout à fait nécessaire de coupler la visioconférence, la téléphonie et le fax (prescriptions médicamenteuses, consignes médicales écrites), et enfin de prévoir la possibilité rapide d'un entretien classique si besoin (état du patient, aléas techniques altérant ou interrompant la communication).

Le « télépsychiatre », en tant que psychiatre traitant, doit pouvoir s'appuyer, régulièrement et de façon fiable et coordonnée, sur une équipe locale formée à la télépsychiatrie.

Des recommandations sont apparues concernant les indications de la télépsychiatrie. Pour l'Agence québécoise, les contre-indications à la télépsychiatrie sont « ceux qui refusent ce mode de soins ; les patients violents, instables ou impulsifs, qui présentent un risque immédiat de suicide ou de dangerosité, qui nécessitent un suivi spécial non disponible localement ; ceux dont la symptomatologie peut être exacerbée par l'utilisation des Nouvelles Technologies d'Intervention et de Communication (NTIC) ; ceux à qui une nouvelle doit être communiquée en personne,... et ceux présentant des déficiences visuelles ou auditives limitant leur capacité à communiquer par l'entremise de ces techniques » (Pineau and Moquadem 2006).

Une étude intéressante sur ce sujet (patients à qui s'adresse la télépsychiatrie) a été réalisée à l'Université de West Virginia (Pollard and Lepage 2001) : elle s'intéresse à l'utilisation de la télépsychiatrie chez des patients hospitalisés et cliniquement plus ou moins stables. Les auteurs font le constat que la télépsychiatrie est bien codifiée et acceptée pour le suivi des patients stables et peu symptomatiques. Cependant, elle pourrait apporter encore plus de bénéfices si elle pouvait être plus largement utilisée, et notamment pour les patients instables ou en état aigu. Ainsi, les patients qui expérimentent une exacerbation de leurs symptômes ou une modification de leur état de santé mentale pourraient en informer leur médecin, ce qui permettrait une éventuelle modification thérapeutique.

Pour appuyer leurs propos, les auteurs ont réalisé une étude sur l'attitude des patients vis à vis de la télépsychiatrie au sein d'un centre rural de maladies mentales sévères. 35 patients (16 femmes et 19 hommes), hospitalisés sous contrainte, ont été vus par leur

psychiatre traitant au moyen de visioconférences, un service de télémédecine reliant l'Université de médecine de West Virginia et l'Etat de West Virginia. Les patients étaient habituellement suivis par leur psychiatre au moyen d'entretiens en face à face.

Juste après la téléconsultation, leur avis sur cette modalité de consultation a été recueilli à l'aide d'un questionnaire. Les résultats montraient que :

- ❑ 27 patients (soit 77%) ont eu l'impression que le médecin les comprenait aussi bien ou mieux que d'habitude au moyen de la téléconférence.
- ❑ 22 patients (soit 63%) ont eu l'impression que le système de téléconférence était identique ou meilleur que le fait d'avoir son médecin dans la même pièce.
- ❑ 5 patients (soit 14%) ont déclaré qu'ils n'étaient pas globalement disposés à poursuivre les entretiens par le moyen de téléconférences.

Il est intéressant de noter que les patients maniaques ou hypomanes étaient plus enthousiastes que les patients dépressifs ou psychotiques à poursuivre ce genre d'entretiens par visioconférences. Les patients maniaques ont même préféré l'entretien en visioconférence à l'entretien en face à face, sans que la différence soit significative.

Les résultats obtenus pour cette population sont encourageants pour deux raisons :

1. Les patients hospitalisés sont enthousiastes à l'idée d'utiliser la visioconférence au sein de leur prise en charge. Cela permet au médecin de rester en contact avec ses patients même s'il doit être absent de l'hôpital. Le médecin peut ainsi se rendre dans différents centres médicaux.
2. Les patients sont enthousiastes à utiliser ce genre de technologie lorsqu'ils entrent dans une phase active de leur maladie ou quand les symptômes deviennent plus sévères.

Les auteurs recommandent ainsi la télépsychiatrie dans les centres ruraux comme pouvant constituer un avantage dans la prise en charge des patients en phase aiguë et dans la détection précoce de décompensations sur un mode psychiatrique.

L'utilisation de la télépsychiatrie dans des situations d'exacerbation des symptômes a été testée également dans une étude australienne. Des patients psychotiques et agités ont été évalués par la télépsychiatrie et il est apparu à l'équipe australienne de l'hôpital d'Adélaïde que les patients avaient estimé que les entretiens vidéos étaient plus agréables qu'en face à face car ils avaient eu la possibilité de marcher dans la pièce sans craindre de déranger le

psychiatre et les psychiatres ont estimés que la qualité de leur évaluation était comparable à celle d'un entretien en face à face (Kavanagh and Yellowlees 1995).

L'acceptabilité a été également mesurée dans deux pays européens limitrophes : la Suède et le Danemark (Mucic 2008). Il s'agit d'un service international de psychiatrie établi entre le Danemark (Little Prince Psychiatric Centre à Copenhague) et la Suède. Les patients concernés font partie de cultures « croisées » (réfugiés, émigrés). L'étude a duré 18 mois et a débuté en juin 2006. Elle a concerné 30 patients (21 hommes et 9 femmes). Les patients recevaient des soins psychiatriques par visioconférence, le psychiatre parlait la même langue, c'est à dire sans l'aide d'un interprète. Les patients ont rempli un questionnaire de satisfaction. 23 %, soit 7 patients n'ont pas pu remplir le questionnaire pour cause d'illettrisme. Les autres patients (n = 23) ont rapporté un fort taux d'acceptation et de satisfaction. Ils souhaitent également poursuivre les soins de cette même manière et recommandaient ce type de téléconsultation à d'autres patients. Ainsi, la télépsychiatrie se révèle utile pour soigner les maladies mentales dans ce type de population.

Le taux d'acceptation de la télépsychiatrie dans une zone rurale du Middle West des Etats-Unis a été mesurée (Rohland et al. 2000). 67 habitants ont été contacté par téléphone dans le but de déterminer quels facteurs influent leur enthousiasme à recevoir des soins de santé mentale par le moyen de transmissions audio ou vidéo. Les deux tiers étaient d'accord pour recevoir ce type de soins, même si la plupart ont exprimé une certaine appréhension. Ils se sont montrés concernés par la question de la confidentialité et ils percevaient la télépsychiatrie comme impersonnelle. Les personnes inscrites au programme « Medicare » (assistance médicale aux personnes âgées) et les personnes âgées étaient moins motivées que les plus jeunes à approuver la télépsychiatrie.

Finalement, cette question a fait l'objet de deux méta-analyses d'études comparatives dont l'objectif principal était de déterminer si la télépsychiatrie pouvait remplacer les entretiens en face à face (Hyler 2005).

Environ 400 études ont été répertoriées sur ce sujet durant les quarante dernières années. Malgré le nombre important d'études réalisées, seul un petit nombre (14 études de plus de 10 patients) utilise des critères standardisés qui permettent ainsi une comparaison des résultats. Les résultats sont les suivants : pour les études utilisant des critères standardisés, la

télépsychiatrie est évaluée comme similaire à la psychiatrie en face à face. Il en est de même pour le degré de satisfaction ressenti.

Ainsi, pour les auteurs, la télépsychiatrie pourrait remplacer, dans les quelques années à venir, la psychiatrie en face à face dans beaucoup de situations où la contrainte géographique ou démographique médicale ferait que l'accès aux soins spécialisés deviendrait précaire pour certaines populations.

2. La faisabilité technique :

L'objectif est de mesurer la qualité technique du système.

L'évaluation porte sur des critères qui permettent d'analyser le niveau technologique afin de juger si celui-ci est suffisant pour supporter une relation thérapeutique de qualité.

3. La faisabilité clinique :

Pour évaluer la faisabilité clinique en psychiatrie, quatre critères sont communément retenus :

- les signes et les symptômes recueillis lors du face à face doivent pouvoir être retrouvés grâce à la téléconsultation,
- le diagnostic établi à partir des signes de l'examen en téléconsultation doit être comparable à celui du face à face,
- la qualité de la prise en charge doit être satisfaisante,
- le résultat de la prise en charge doit être satisfaisant.

Le Dr. M.F. Baigent du Département de Psychiatrie du centre médical de Flinders en Australie du sud est un des premiers psychiatres à s'être intéressé à l'étude de la validité clinique en télépsychiatrie (Baigent et al. 1997).

Il a comparé une téléconsultation et une consultation classique en psychiatrie. Cette étude avait pour but de définir les éléments gagnés ou perdus dans une consultation psychiatrique lorsqu'elle est menée par visioconférence.

Elle portait sur 63 patients interviewés et observés simultanément par deux psychiatres, alternativement en configuration de visioconférence ou en face à face :

- a. 22 sujets ont été évalués dans la configuration 1 où les psychiatres, interviewer et observateur, étaient dans la même pièce que le patient
- b. 22 sujets ont été évalués dans la configuration 2 où le psychiatre interviewer consultait le patient par visioconférence alors que le psychiatre observateur était dans la salle de consultation avec le patient
- c. 21 sujets ont été évalués dans la configuration 3 où les psychiatres, interviewer et observateur, intervenaient par visioconférence.

Cette évaluation a été conduite sur 14 mois sur une population sélectionnée dans un service de psychiatrie de 440 lits.

La concordance entre les diagnostics établis en télépsychiatrie et en face à face selon les critères du DSM IV était excellente ainsi que la concordance entre les scores obtenus à la Brief Psychiatric Rating Scale.

Les auteurs concluent après analyse des résultats que :

- le diagnostic par visioconférence est fiable comparativement à un diagnostic établi en configuration classique,
- le recueil des signes et symptômes de l'examen clinique du patient est le même dans les deux configurations,
- il existe des différences entre l'évaluation thérapeutique en visioconférence et l'évaluation classique, mais ces différences ne sont pas cause d'erreurs d'interprétation.

Une étude réalisée au Centre Médical « Hawkes Bay Health Care » qui procure des soins aux habitants de la baie d'Hawkes et de l'île de Chatham en Nouvelle Zélande arrive aux mêmes conclusions (Singh et al. 2005).

Les auteurs sont partis du constat que les études de faisabilité concernant la télépsychiatrie tendent à se concentrer uniquement sur un sous-ensemble de paramètres cliniques. Leur étude, au contraire, prétend utiliser les données d'une évaluation plus complète.

Le but de l'étude était de comparer l'exactitude des conclusions entre celles de la télépsychiatrie et celles de la psychiatrie en face à face. L'étude portait sur des patients vus en consultation externe. 37 patients ont été inclus.

Les principaux outils d'évaluation étaient le diagnostic DSM-IV, le niveau de risque d'auto ou d'hétéro-agressivité et la prescription ou non de médicaments et lesquels.

Les résultats montrent un taux d'exactitude entre les deux méthodes variant de 79 % à 83 % selon les outils d'évaluation considérés.

Les auteurs ont conclu que l'évaluation des patients vus en consultation externe par le moyen de la télépsychiatrie est une méthode fiable d'évaluation, avec un haut degré d'exactitude et un fort taux de corrélation comparativement à une évaluation en face à face.

Une autre revue s'est attachée à colliger les articles concernant la télépsychiatrie (Norman 2006). L'auteur répertorie 178 articles traitant de la télépsychiatrie entre août 1998 et juillet 2006, à partir des bases de données suivantes : MEDLINE, EMBASE, PsychINFO and Telemedicine and Information Exchange (TIE).

Au terme de ces recherches, l'utilisation de la visioconférence est considérée comme un moyen pouvant améliorer les soins en psychiatrie au Royaume-Uni, et spécialement pour les patients habitants dans les zones rurales. En effet, une des recommandations du « National Service Frameworks document into mental health » est que toute personne qui entre en contact avec une structure de soins pour des raisons de santé mentale doit pouvoir bénéficier d'un traitement, incluant la référence à un spécialiste au vue de l'évaluation, du traitement et des soins ultérieurs.

Plus récemment une étude à la méthodologie particulièrement rigoureuse est venue confirmer la fiabilité des diagnostics obtenus par la télépsychiatrie chez des Vétérans indiens d'Amérique (Shore and Savin 2007). En effet, les auteurs ont comparé les diagnostics DSM-IV obtenus par l'utilisation d'un entretien clinique structuré, le Structured Clinical Interview for DSM disorders lorsque celui-ci était administré en face à face en visioconférence.

Le résultat principal de l'étude est que l'évaluation au cours d'un entretien clinique structuré selon le DSM-III-R par visioconférence interactive n'est pas significativement différente d'une évaluation en face à face dans cette population. L'utilisation de la visioconférence apparaît donc valide non seulement à des fins cliniques mais également de recherche.

Une équipe canadienne vient confirmer ces résultats en évaluant la concordance des évaluations à l'aide d'autres outils que ceux précités (O'Reilly and Bishop 2007). L'étude porte sur 495 patients suivis dans l'Ontario (Canada). Les patients sont séparés en deux groupes randomisés :

- 254 patients sont suivis en face à face,
- 241 patients sont suivis en téléconsultation.

Les patients sont suivis mensuellement sur une période de 4 mois.

Les outils de mesure de l'étude sont les échelles suivantes :

- la BSI (Brief Symptom Inventory) qui comprend 53 items et la GSI (Global Severity Index)
- la MH (Mental Health) qui comprend 36 items.

Les résultats de l'étude sont que les téléconsultations ont abouti aux mêmes conclusions cliniques que celles faites lors des consultations en face à face.

Les conclusions des auteurs sont que consultations psychiatriques et suivi médical psychiatrique bref peuvent être réalisés par téléconsultations et sont alors aussi efficaces que lors d'entretiens en face à face. Ces conclusions ne sont pas nécessairement généralisables à tous les types de soins, comme par exemple l'ensemble des techniques de psychothérapie.

Sur ce dernier point, certaines études viennent contre dire ce point de vue. Ainsi, une étude randomisée compare l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale utilisée pendant 6 mois dans le traitement de la boulimie en entretiens en face à face versus en téléconsultations. L'étude montre que les deux modes d'intervention sont identiquement acceptés par les patients et que les résultats obtenus (nombre de crises à la fin du traitement) à 3 mois, 6 mois et à 12 mois de suivi sont à peu près similaires, sans différence significative (Mitchell and Crisby 2008).

Dans le même ordre d'idée, une étude s'est attachée à déterminer la faisabilité de l'évaluation cognitive au moyen de la visioconférence dans la démence. L'objet de l'étude a été de faire passer une série de tests neuropsychologiques à 14 patients âgés présentant une légère altération cognitive et 19 patients diagnostiqués avec une maladie d'Alzheimer. Les scores obtenus ont été quasiment similaires et les auteurs concluent que la visioconférence est un moyen valide pour réaliser une évaluation neuropsychologique chez des personnes âgées ayant une légère altération cognitive (Cullum and Weiner 2008).

Devant le constat d'un nombre croissant de soins psychiatriques délivrés par visioconférence, les auteurs se sont interrogés sur la qualité de la prise en charge délivrée par la visioconférence dans la dépression (Ruskin 2004).

L'étude portait sur 119 patients traités en consultation externe pour dépression, ces patients étaient répartis dans les deux groupes (visioconférence versus face à face) de manière randomisée. La prise en charge s'est effectuée sur une période de 6 mois. Le traitement consistait en une prescription de psychotropes et/ou une psychothérapie de soutien brève. Les auteurs ont comparé dans les deux groupes la qualité du traitement, le degré de satisfaction, le niveau d'adhésion aux soins et le coût du traitement. La qualité de la prise en charge était évaluée au moyen de l'échelle de dépression d'Hamilton et du score de dépression de Beck.

Dans les deux groupes, les scores étaient significativement améliorés et il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. Concernant l'adhésion aux soins (rendez-vous et observance du traitement), ainsi que le degré de satisfaction, il n'y avait pas non plus de différence significative. Par contre, le coût de la télépsychiatrie était plus élevé sauf si la distance entre le centre de référence et le centre de consultation était supérieur à 22 miles. De plus, la télépsychiatrie n'augmentait pas la consommation globale de soins.

En conclusion de cette étude, le choix du traitement de la dépression par télépsychiatrie ou par entretiens en face à face ne modifie ni le résultat du traitement, ni le niveau d'adhésion aux soins, ni le degré de satisfaction, ou enfin ni le coût de la prise en charge.

La faisabilité clinique de la télépsychiatrie apparaît donc satisfaisante.

4. La faisabilité systémique :

Il s'agit de juger les impacts du téléservice sur le système de santé en général et sur le système de soins en santé mentale en particulier. Une orientation possible de cette évaluation est la suivante : si effectivement la téléconsultation améliore la prise en charge des patients, et par la même leur santé mentale, ce bénéfice va apparaître à d'autres niveaux. Nous pouvons imaginer qu'il peut apparaître en gain de disponibilité des professionnels de soins ou aussi en gain de capacité d'accueil des services de psychiatrie.

Un exemple de ce type de mesure de l'effet de la télépsychiatrie sur un réseau est illustré par l'expérience de l'équipe d'un hôpital de zone du Nebraska ayant reçu pour la première fois des patients handicapés mentaux à la suite d'un transfert de l'hôpital universitaire. La question posée était de déterminer si les médecins de l'hôpital rural pourraient efficacement bénéficier de l'aide de leurs correspondants universitaires. Cette étude montre que les médecins de l'hôpital rural se sont rapidement familiarisés à la technique au point de penser qu'elle leur a permis d'améliorer les traitements et qu'elle leur a apporté un soutien moral (Menolascino and Osborne 1970).

C'est ainsi que se sont développées des expériences dans des lieux difficiles d'accès pour les psychiatres ou générateurs de perte de temps important comme les prisons ou les secteurs ruraux éloignés. Ainsi, l'Université de Kentucky aux Etats-Unis a proposé un modèle de visioconférence pour les consultations médico-légales et les témoignages en justice (Miller et al. 2008).

Plusieurs expériences ont été rapportées dans la littérature avec globalement un taux de satisfaction important (Magaletta and Fagan 1998).

Un projet pilote de télépsychiatrie a été mis en place entre le centre médical de l'Université du Kansas et la prison d'Emporia, dans le même Etat. 264 consultations ont été réalisées auprès des détenus, 70 évaluations initiales et 194 suivis. Un seul détenu a refusé la proposition. Un tiers des consultations ont eu lieu une semaine après l'incarcération, les deux tiers dans le mois suivant.

Les principaux résultats observés sont les suivants :

- la demande de telles consultations a été 5 fois plus élevée que prévue,
- une évaluation et des soins efficaces ont pu être apportés par la visioconférence à des cas de gravité modérée à sévère incluant une grande variété de pathologies.

La technique a été bien acceptée par les détenus et le personnel, et l'activité est devenue une pratique de routine intégrée à l'offre de soins psychiatriques.

5. L'évaluation économique :

L'évaluation économique vise à éclairer les choix entre différents modèles (avec ou sans télémédecine).

Il existe plusieurs types d'évaluation économique :

- l'analyse de minimisation des coûts, où l'on cherche à savoir quelle est la solution la moins chère pour un nombre de patients donnés
- l'analyse coût-efficacité
- l'analyse coût-bénéfice
- l'analyse coût-utilité, elle est plus récente et pondère les années de vie gagnées par la qualité de vie.

Une revue de littérature sur le coût de la télépsychiatrie a été publiée récemment (Hyler and Gangure 2003).

Sur 380 études, de 1956 à 2002, concernant la télépsychiatrie, seules 12 études, réalisées à partir d'un échantillon d'au moins 10 patients, traitent du coût de la télépsychiatrie.

Les résultats de ces études sont :

- 7 études concluent que la télépsychiatrie est financièrement intéressante
- 1 étude conclue que la télépsychiatrie n'est pas financièrement viable
- 3 études de rentabilité calculent le taux seuil de consultations pour lequel la télépsychiatrie a un coût équivalent à celui de la psychiatrie en face à face
- 1 étude conclue que le manque d'une position claire de la part des « centres payeurs » contribue à l'impossibilité de savoir si le programme est effectivement rentable.

Les auteurs expliquent la diversité des résultats par le fait que le coût de la télépsychiatrie dépend de nombreux facteurs :

- le coût de l'équipement et des transmissions,
- le fait que cet équipement soit partagé ou non avec d'autres programmes de télémédecine,
- la distance qui sépare le centre de soins périphérique de l'hôpital central et le coût pour réaliser cette distance,
- le taux de remboursement.

En conclusion la télépsychiatrie peut être rentable dans des situations définies et elle peut être financièrement viable si elle est utilisée au delà du taux seuil de consultations, en comparaison avec le coût des soins psychiatriques délivrés en face à face.

IV. UN ESSAI DE TELEPSYCHIATRIE EN HAUTE-NORMANDIE

Nous allons présenter les résultats de l'enquête de faisabilité sur l'utilisation de la télémedecine appliquée en psychiatrie pour les soins de suivi qui a été menée en Haute-Normandie.

1. OBJECTIF ET HYPOTHESES TESTEES

L'objectif de l'étude était d'évaluer la faisabilité organisationnelle et technique de la mise en place de téléconsultations en psychiatrie en Haute-Normandie.

5 hypothèses ont été testées :

1. Le taux d'acceptation est satisfaisant : l'hypothèse 1 testée est que le taux de refus par les patients sera inférieur à 20%.
2. La qualité de la transmission de la téléconsultation n'est pas une gêne pour le praticien et son malade : l'hypothèse 2 testée est qu'après deux consultations avec un même patient, ni le praticien ni le patient n'attribuera à la modalité de téléconsultation une gêne faisant renoncer à ce mode de consultation.
3. La fiabilité du système de télétransmission est bonne : l'hypothèse 3 testée est que moins de 5% des consultations seront annulées du fait d'un problème technique.
4. Les conditions de sécurité sont satisfaisantes : l'hypothèse 4 testée est qu'aucune destruction de matériel ou agression du personnel présent ne sera constatée.
5. La satisfaction des patients, des médecins et des paramédicaux est jugée bonne voire très bonne : l'hypothèse 5 testée est que les réponses données à l'enquête de satisfaction seront bonnes à très bonnes.

2. METHODOLOGIE

2. 1. Les sites

Lors de la mise en place de la téléconsultation en psychiatrie en Haute Normandie, les établissements publics psychiatriques ont été sollicités par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) sur le mode du volontariat et quatre structures de soins se sont proposées : le service hospitalo-universitaire du Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray (CHSR), les services de psychiatrie adulte de l'hôpital général de Dieppe, l'Accueil familial thérapeutique pour Adultes de l'hôpital spécialisé du Havre et le secteur 2 de l'hôpital spécialisé d'Evreux.

Ainsi l'expérimentation a été menée dans trois Centres Médico-Psychologiques (CMP) ruraux, un Accueil Familial Thérapeutique pour Adultes (AFTA) et un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

2. 1. 1. Le CMP de Forges-les-Eaux

Le Centre médico-psychologique (CMP) de Forges-les-Eaux (ville de 3464 habitants) est rattaché au Service Universitaire de Psychiatrie-76G03 du Centre Hospitalier du Rouvray, dont il est distant de 49 km soit 50 minutes en voiture.

2. 1. 2. Le CMP de Saint Valéry en Caux (Dieppe)

Le CMP de Saint Valéry en Caux est rattaché au Service de Psychiatrie 76G11 du Centre Hospitalier Général de Dieppe dont il est distant de 34 km soit 38 minutes en voiture.

2. 1. 3. Le CMP de Verneuil sur Avre (Evreux)

Le Centre médico-psychologique (CMP) de Verneuil est rattaché au Service de Psychiatrie (secteur 2) du Centre Hospitalier Spécialisé d'Evreux, dont il est distant de 55 km soit 44 minutes en voiture.

2. 1. 4. L'EHPAD de Gournay-en-Bray (Rouen)

L'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) de Gournay en Bray (6278 habitants) est rattaché au Service Universitaire de Psychiatrie-76G03 du Centre Hospitalier du Rouvray, dont il est distant de 55 km soit 60 minutes en voiture.

2. 1. 5. L'AFTA du Havre (Le Havre)

L'unité d'Accueil Familial Thérapeutique pour Adultes (AFTA) a été créée il y a 25 ans.

Cette unité a pour objectifs thérapeutiques essentiels de participer à la restauration des capacités de relation et d'autonomie des patients issus de psychiatrie en vue de leur réinsertion dans un cadre social ordinaire. Il s'agit bien de prise en charge à durée limitée dans des familles, sur un mode séquentiel, en alternance avec d'autres lieux de soins tels que les services d'hospitalisation.

Le responsable de cette unité est un psychologue clinicien.

Le « lieu de vie » de l'unité AFTA se situe au château de Tourville Les Ifs (à proximité de Fécamp), il est distant de l'hôpital du Havre de 40 km soit 39 minutes en voiture. Ce lieu de vie accueille actuellement cinq patients.

2.2. Déroulement des téléconsultations

L'équipe soignante et le médecin expliquent le principe de visioconférence au patient, lui font visiter la salle de visioconférence et s'assurent que le patient ait compris les modalités de la téléconsultation.

L'accord du patient est recueilli.

L'infirmier(e) accompagne le patient lors de l'entretien.

Il(elle) sollicite le médecin sur différents problèmes éventuels

2.3. Matériel de visioconférence

Les cinq centres ont été équipés par la société Genedis. Les caméras sont de modèle Vega X3 et les écrans de 66 cm (Thomson).

La confidentialité du signal transmis est assurée par un système de groupement de trois accès NUMERIS. Lorsque la communication est établie, il s'agit d'une communication point à point ce qui assure la sécurité de la transmission car aucune autre personne que les deux postes qui télétransmettent ne peut utiliser la ligne au même moment. De plus, la communication est chiffrée.

2. 4. Les critères d'inclusion et d'exclusion des patients

Les critères d'inclusion des patients à l'étude étaient :

1. Age > 18 ans.
2. Consultant habituel au CMP en question ou étant pensionnaire de l'EHPAD ou résident dans le lieu de vie de l'AFTA.
3. Ayant déjà bénéficié de 6 mois de prise en charge dans la structure en question.
4. Acceptant la consultation de télémedecine.
5. N'ayant pas d'antécédents légaux ou étant en congé d'essai d'Hospitalisation d'Office (HO) ou d'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT).

Les critères d'exclusion des patients à l'étude étaient :

1. Age < 18 ans.
2. Nouveau patient.
3. Refus de participer à l'expérimentation.
4. En congé d'essai d'HO ou d'HDT.
5. Contre indication déterminée par le psychiatre traitant.

2. 5. Les outils de mesure

Les diagnostics étaient établis à l'aide du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

Le recueil des données s'est fait au cours d'entretiens avec les utilisateurs de la visioconférence permettant ainsi d'obtenir d'autres informations non demandées dans le questionnaire (modalités de fonctionnement : entretien seul ou avec un membre du personnel soignant, protocole préalable avant l'utilisation de la visioconférence,...).

Nous avons construit deux questionnaires comportant des questions semi-structurées et des questions ouvertes. Un questionnaire s'adresse aux patients, l'autre au membre du personnel soignant ou tout autre utilisateur de la visioconférence (famille d'accueil).

Les entretiens avec les utilisateurs et les questionnaires permettent d'évaluer plusieurs niveaux de la faisabilité :

1. Evaluation de la faisabilité organisationnelle :
 - le nombre de patients ayant utilisé le service
 - la fréquence d'utilisation
 - le taux de réutilisation pour un même patient
 - le motif de non-réutilisation
 - le nombre de psychiatres participant au programme

2. Evaluation de la faisabilité technique :
 - la qualité audio
 - la qualité vidéo
 - la qualité de synchronisation audio-vidéo
 - le taux d'incidents techniques et ses répercussions sur la relation thérapeutique

3. Evaluation de la satisfaction des patients et des soignants.

Les questionnaires de l'étude :

➤ Questionnaire semi-ouvert patient :

Madame, Monsieur,

Nous vous avons proposé des consultations à la télévision.

1) Etes-vous satisfait de manière générale de ces consultations ?

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

2) Etes-vous satisfait de la qualité de l'image ?

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

3) Etes-vous satisfait de la qualité du son ?

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

4) Avez-vous envie de continuer ces entretiens à la télévision ?

Certainement pas Peut être pas Peut être bien Certainement

5) Recommanderiez-vous ces entretiens à la télévision ?

Certainement pas Peut être pas Peut être bien Certainement

6) Etes vous satisfait de ce mode de suivi psychiatrique ?

Pas du tout satisfait Plutôt pas satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

➤ Entretien semi-dirigé patient :

1) Que pensez-vous de ces consultations ?

2) Avez-vous eu des émotions particulières lors de ces consultations (inquiétude, peur, inconfort, gêne, amusement, sentiment d'être aidé, sentiment que l'on porte attention à vous...)?

3) Quelles différences voyez-vous entre une consultation normale et une consultation à la télévision ?

4) Y-a-t-il des sujets plus difficile à aborder à la télévision qu'en consultation normale ?

5) Avez-vous peur que les transmissions soient piratées ?

6) Que pourrait-on améliorer ?

➤ Questionnaire semi-ouvert soignant :

Concernant la qualité technique :

1) Etes-vous satisfait de la qualité de l'image ?

Pas du tout satisfait Plutôt peu satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

Motifs d'insatisfaction :

2) Etes-vous satisfait de la qualité du son ?

Pas du tout satisfait Plutôt peu satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

Motifs d'insatisfaction :

3) Etes-vous satisfait de la fiabilité du système de télétransmission (consultations annulées du fait d'un problème techniques) ?

Pas du tout satisfait Plutôt peu satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

Commentaires :

Concernant la satisfaction globale :

4) Selon vous, le taux d'acceptation de la téléconsultation par les patients est :

Pas du tout satisfaisant	Plutôt peu satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Tout à fait satisfaisant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de patients ayant refusé, et pourquoi :

5) Etes-vous satisfait des conditions de sécurité (destruction du matériel ou agression du personnel présent imputable à l'absence physique du médecin) ?

Pas du tout satisfait Plutôt peu satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

Commentaires :

6) Etes-vous satisfait de la possibilité de prescriptions médicamenteuses ou de consignes médicales qui peuvent se décider lors de la téléconsultation ?

Pas du tout satisfait Plutôt peu satisfait Plutôt satisfait Tout à fait satisfait

Commentaires :

7) Au vu de votre expérience en matière d'utilisation de la téléconsultation, la télémédecine pourrait-elle constituer une réponse possible face aux difficultés croissantes pour satisfaire les besoins en santé mentale dans les régions rurales ?

Oui

Non

Si non, pourquoi :

8) Que pourrait-on améliorer lors des téléconsultations ?

3. RESULTATS

3. 1. Population des patients

L'expérimentation a été proposée à 33 patients répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

Un patient a arrêté l'expérimentation après la première téléconsultation pour des problèmes d'audition. 6 patients ont refusé l'expérimentation : 5 patients (Site de Verneuil sur Avre) ont exprimé la nécessité d'un face à face avec le psychiatre et 1 patient (Site de Gournay en Bray) a refusé alors qu'il présentait une recrudescence des symptômes psychotiques délirants dont il souffre.

26 patients ont donc bénéficié de téléconsultations régulières et 25 patients ont rempli le questionnaire d'évaluation en totalité, 1 patient n'a remis qu'une partie du questionnaire.

Les données démographiques (tableau 1) montrent que les patients sont d'âge moyen (51 ans en moyenne), le plus jeune patient étant âgé de 25 ans et le plus âgés de 78 ans. Seul le site de Gournay en Bray a une moyenne d'âge plus élevée ($F = 6.76$, $df = 4, 21$, $p = 0.0012$) que les autres centres ce qui s'explique facilement par le fait qu'il s'agisse d'une EHPAD. Le sexe ratio de l'échantillon montre une presque parité entre homme et femme même si des différences entre les centres existent dont la significativité statistique ne peut être testée du fait du nombre faible de sujets dans certains des groupes.

Le nombre de téléconsultations moyen est de 4.7 ± 4.4 . Il n'existe pas de différence significative entre les centres ($F = 2.39$, $df = 4, 20$, ns). Le nombre de téléconsultation par patient varie de 1 à 15. Le nombre total de téléconsultations qui ont été réalisées est de 123.

Tableau 1

	Ensemble	Forges les Eaux	Gournay en Bray	Saint Valéry en Caux	Verneuil sur Avre	Le Havre
Nombre de patients	26	8	6	2	6	4
Age (années) : moyenne ± écart type	51.2 ± 14.4	44.9 ± 9.8	68.2 ± 6.1	40 ± 8.5	54.2 ± 13	39.25 ± 12
Sexe ratio (homme/femme)	0.44	0.125	0.16	1	0.66	0.75
Nombre de téléconsultation par patient : moyenne + écart type	4.72 ± 4.4	8 ± 6.1	2 ± 1.1	6 ± 0	3.2 ± 2	3.6 ± 3.7

□ Les patients de Forges :

Les patients ont bénéficié entre 1 et 15 téléconsultations avec pour la majorité des patients un rapport de 1/1 entre téléconsultation et consultation en face à face, soit une téléconsultation alternant avec une consultation en face à face.

4 patients sont suivis par téléconsultation depuis mai 2007, 1 patient depuis septembre 2007, 1 patient depuis avril 2008 et 1 patient depuis mai 2008.

2 patients sont suivis pour un épisode psychotique vie entière, 2 pour un épisode dépressif majeur passé, 2 pour une dépendance à l'alcool et sont sevrés et 1 pour un trouble panique vie entière.

□ Les patients de Saint Valéry en Caux

2 patients ont été inclus, tous deux suivis pour un épisode psychotique vie entière. Ils bénéficient en moyenne d'une téléconsultation par mois et ce depuis 6 mois, soit un total de 6 téléconsultations par patient depuis le début de l'expérimentation. Le rapport entre téléconsultation et consultation en face à face est de 1/ 2 à 3, soit une téléconsultation pour 2 à 3 consultations en face à face.

□ Les patients de Verneuil sur Avre :

6 patients sont suivis en téléconsultations.

5 patients sont suivis pour un épisode psychotique vie entière et 1 patient est suivi pour un épisode maniaque passé.

Les patients ont été vus en visioconférence entre 1 et 6 fois au rythme de une téléconsultation pour une consultation en vis à vis.

□ Les patients de Gournay en Bray :

6 patients sont suivis en téléconsultations.

6 patients sont suivis pour un syndrome psychotique vie entière.

Les patients ont été vus en visioconférence entre 1 et 4 fois. Les premières téléconsultations ont débuté en octobre 2007.

Le rapport entre téléconsultations et entretiens en face à face est de 1/1, soit une téléconsultation alternant avec une consultation en face à face.

□ Les patients du Havre :

4 patients sont suivis en téléconsultation.

2 patients sont suivis pour un épisode psychotique vie entière et 2 patients sont suivis pour une dépendance à l'alcool et sont sevrés. Les patients ont bénéficié entre 1 et 8 téléconsultations. Les premières téléconsultations ont débuté en décembre 2007.

La fréquence des téléconsultations est variable en fonction des patients. Le patient qui a bénéficié le plus régulièrement de téléconsultations a été vu 1 fois par mois avec un rapport entre téléconsultations et entretiens en face à face de 1/1, soit une téléconsultation alternant avec une consultation en face à face.

Au total, dans notre échantillon les deux principaux diagnostics établis sont la dépendance à l'alcool actuellement sevré (6 patients) et l'épisode psychotique vie entière (17 patients).

Les autres diagnostics posés sont deux épisodes dépressifs majeurs (EDM) passés et un épisode maniaque passé.

3. 2. Population des soignants

Quatre médecins, tous Praticiens Hospitaliers confirmés, un psychologue, six infirmier(e)s et un membre de la famille d'accueil ont participé à l'expérimentation et ont rempli le questionnaire soignant.

Nous avons recueilli dans chaque centre les questionnaires des médecins et paramédicaux, à l'exception d'un centre où nous n'avons pas les données des paramédicaux.

3. 3. Taux d'acceptation (hypothèse 1)

L'expérimentation a été proposée au total à 33 patients.

6 patients ont refusé de participer à l'expérimentation.

Le taux de refus est donc de 18%, ce qui est inférieur au taux de refus de 20% que nous avons estimé être le taux maximal acceptable.

L'hypothèse 1 est validée.

3. 4. Qualité de la télétransmission (hypothèse 2)

Aucun patient n'ayant bénéficié de plus de 2 téléconsultations n'a arrêté l'expérimentation du fait de la qualité défailante des télétransmissions. Néanmoins, un patient a arrêté après une téléconsultation. Le critère de plus de deux téléconsultations avait été décidé pour ne pas considérer l'arrêt des patients ayant une déficience sensorielle (et s'arrêtant ainsi dès la première téléconsultation) comme le fait d'une mauvaise qualité de télétransmission.

L'hypothèse 2 est validée.

3. 5. Fiabilité du système de transmission (hypothèse 3)

Aucune téléconsultation n'a été annulée pour des problèmes techniques au cours des 123 téléconsultations.

L'hypothèse 3 est validée.

3. 6. Conditions de sécurité (hypothèse 4)

Aucune destruction de matériel ou agression du personnel présent avec le patient n'a eu lieu au cours des 123 téléconsultations.

L'hypothèse 4 est validée.

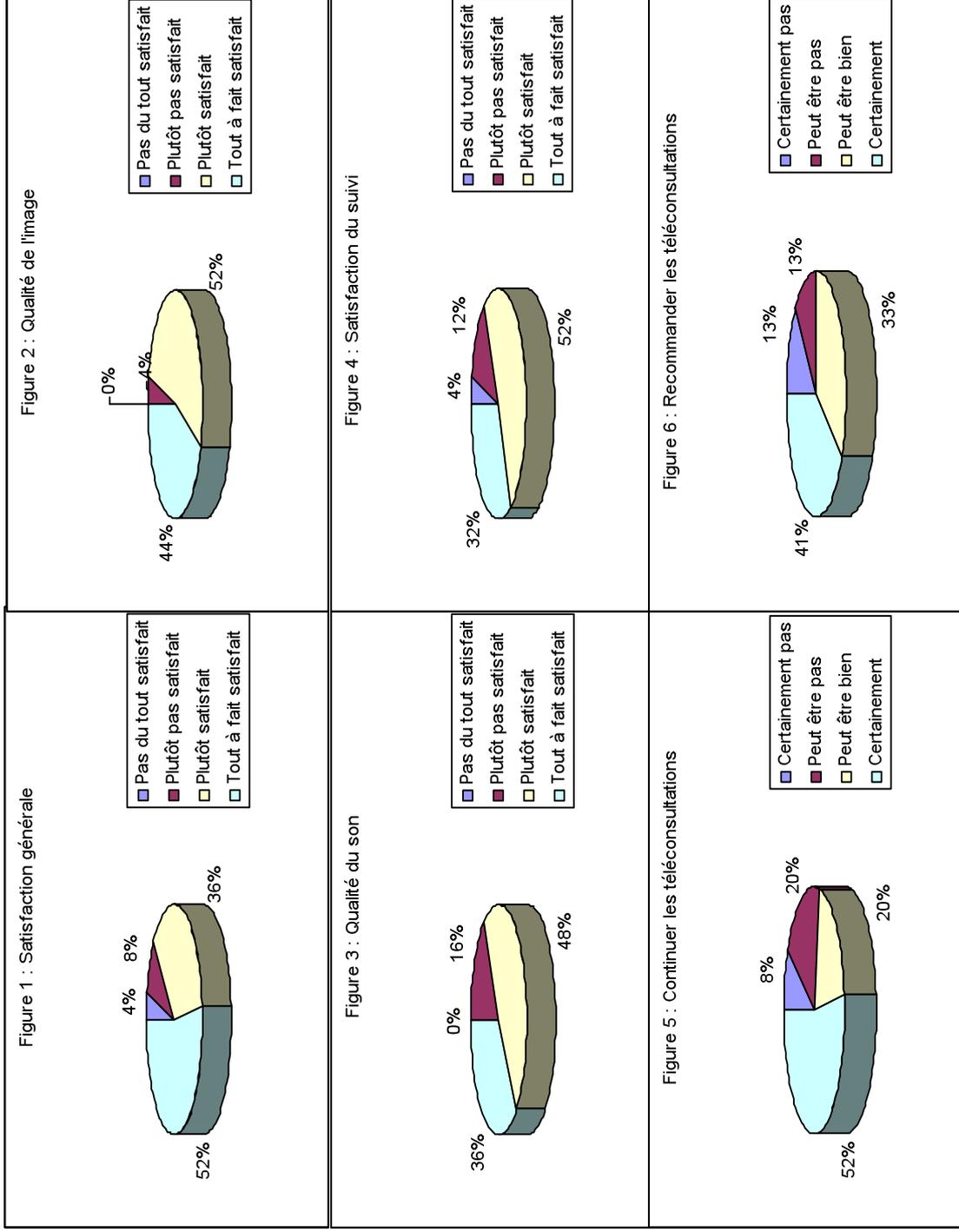
3. 7. Satisfaction des patients (hypothèse 5)

La satisfaction générale a été évaluée à l'aide d'une question semi-ouverte et d'un entretien semi-dirigé. Les réponses traduisant un degré de satisfaction satisfaisant (réponses plutôt satisfait et tout à fait satisfait, Figure 1) sont très nettement majoritaires (88%).

L'entretien semi-dirigé montre que la satisfaction générale est plutôt bonne et confirme les résultats de la question semi-ouverte. Ainsi les réponses les plus souvent obtenues sont « c'est bien ». Seule une patiente déclare « personnellement, j'aime pas vraiment, je préfère voir le médecin en face ».

Pour la majorité des patients, il existe une différence entre téléconsultation et consultation en face à face, l'élément le plus souvent cité étant l'absence de contact avec le médecin, un patient précise : « j'ai comme un mur devant moi, je n'arrive pas à parler normalement ». Quatre patients déclarent ne pas ressentir de différence. Trois patients préfèrent la téléconsultation : « c'est plus rapide », « je peux voir le médecin plus souvent » ou encore « cela évite la consultation normale, et surtout l'hôpital où l'on ne se sent pas toujours bien ».

Réponses au Questionnaire de satisfaction patient.



Les principales émotions ressenties lors des téléconsultations sont une anxiété, une appréhension au cours des premières consultations, une difficulté à s'exprimer et une gêne (« où s'adresser ? »). Certains n'ont eu aucune émotion particulière : « la télé, je connais, je suis commerciale ».

Pour la majorité des patients, les sujets de discussion sont aussi faciles à aborder en téléconsultation qu'en consultation classique. Trois patients cependant expriment des difficultés à aborder certains sujets en visioconférence, les sujets évoqués sont les problèmes d'alcool, la demande d'un certificat médical et les sujets politiques.

La satisfaction concernant la qualité de la transmission visuelle a été évaluée à l'aide d'une question semi-ouverte. Les patients sont satisfaits (réponses plutôt satisfait et tout à fait satisfait, Figure 2) à 96%.

La satisfaction concernant la qualité de la transmission sonore a été évaluée par une question semi-ouverte. La qualité sonore de la transmission est estimée satisfaisante (réponses plutôt satisfait et tout à fait satisfait, Figure 3) à 84%.

Dans l'entretien semi-dirigé, l'item « améliorer la qualité sonore ou la qualité de la synchronisation audio-vidéo » est celui qui revient le plus dans les améliorations proposées (quatre patients).

La satisfaction concernant la confidentialité a été évaluée au cours de l'entretien semi-dirigé. La grande majorité pense que les transmissions sont confidentielles. Plusieurs patients ne s'étaient pas interrogés sur la confidentialité de la télétransmission. Trois patients pensent que les transmissions pourraient être piratées.

Une autre évaluation du niveau de satisfaction des patients a été de les interroger sur ce nouveau mode de suivi, sur leur souhait de continuer l'expérimentation et sur leur volonté de le recommander à d'autres patients.

84% sont satisfaits (réponses plutôt satisfait et tout à fait satisfait, Figure 4) de ce mode de suivi. 72% souhaitent (réponses certainement ou peut-être bien, Figure 5) poursuivre ce mode suivi. 74% recommanderaient (réponses certainement ou peut-être bien, Figure 6) ce mode de suivi.

3. 8. Satisfaction des soignants (hypothèse 5) :

La satisfaction des soignants sur le taux d'acceptation de la téléconsultation par les patients a été évaluée à l'aide d'une question semi-ouverte. Cette satisfaction est évaluée de manière équivalente par les médecins et le psychologue d'une part (Figure 7) et les infirmiers et la famille d'accueil d'autre part (Figure 8) avec 100% de réponses satisfaisantes (réponses plutôt satisfait et tout à fait satisfait).

La qualité de l'image est jugée satisfaisante à 100% (réponses plutôt satisfait ou tout à fait satisfait) par les médecins et le psychologue (Figure 9) et les infirmiers et la famille d'accueil (Figure 10). Deux médecins font la remarque que la luminosité est médiocre due à une trop grande luminosité dans la pièce. Deux médecins trouvent le volume de la télévision trop importante. Deux infirmiers proposent l'utilisation d'un zoom afin que le médecin discerne mieux les expressions du visage du patient. Néanmoins, cette option existe sur l'équipement fourni, ce qui dénote peut-être un manque de formation du personnel.

La qualité du son est estimée plutôt satisfaisante à 60% et pas du tout satisfaisante à 40% par les médecins (Figure 11). Un médecin et le psychologue se plaignent d'un temps de latence du son trop long (environ 2 secondes) et deux médecins constatent un phénomène d'écho important qui nuit à la qualité de la transmission.

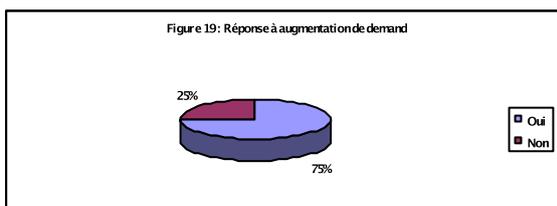
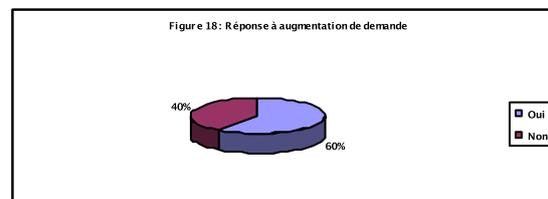
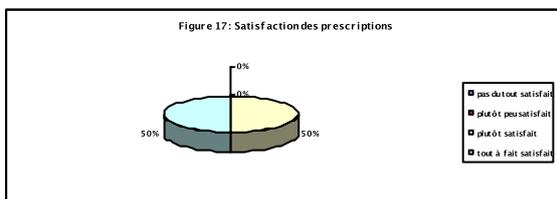
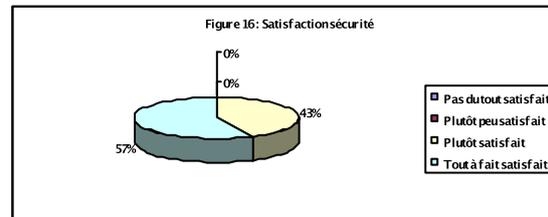
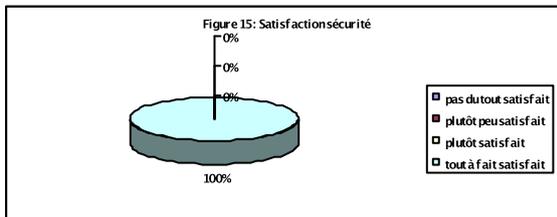
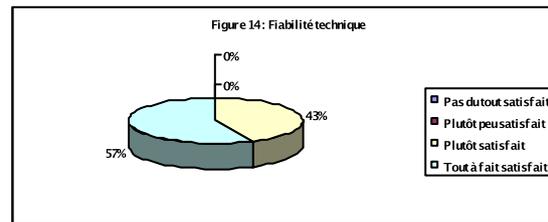
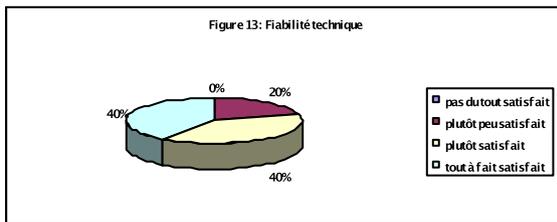
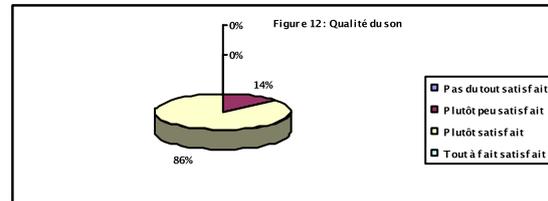
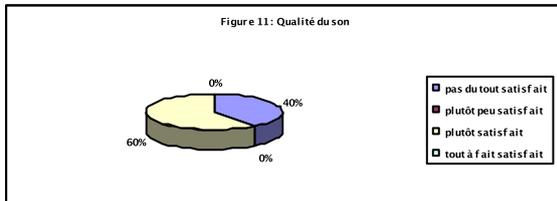
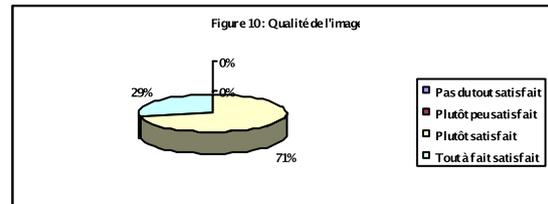
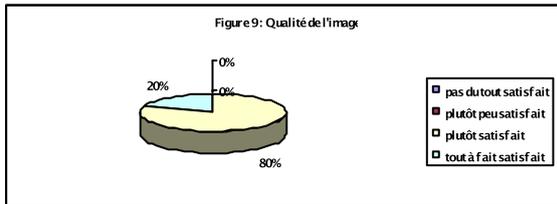
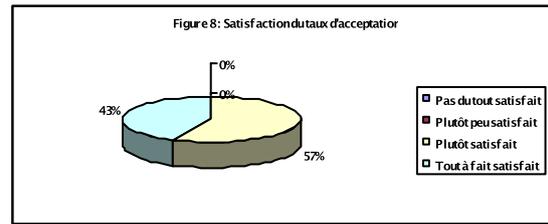
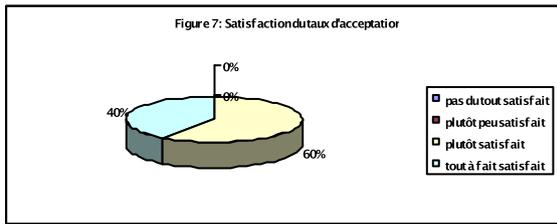
L'amélioration de la qualité technique (image et son confondus) revient à trois reprises dans l'entretien semi-dirigé des médecins et du psychologue.

La qualité du son est évaluée plutôt satisfaisante à 86% et plutôt peu satisfaisante à 14% (Figure 12) par les infirmiers et la famille d'accueil. Une infirmière rapporte des coupures et un décalage dans la transmission du son.

La satisfaction de la fiabilité du système de télétransmission est jugée satisfaisante (réponses plutôt satisfait et tout à fait satisfait, Figure 13) à 80% par les médecins et le psychologue. Un médecin rapporte quelques difficultés de connexions.

La satisfaction de la fiabilité du système de transmission est estimée satisfaisante (réponses plutôt satisfaisante et tout à fait satisfaisante, Figure 14) à 100% par les infirmiers et la famille d'accueil.

Réponses aux questionnaire de satisfaction des médecins (colonne de gauche) et paramédicaux (colonne de droite)



La satisfaction des conditions de sécurité est jugée tout à fait satisfaisante à 100% par les médecins et le psychologue (Figure 15). Par définition, ils ne peuvent être plus en conditions de sécurité.

La satisfaction des conditions de sécurité est également estimée satisfaisante par les infirmiers et la famille d'accueil mais la répartition plus fine des avis n'est pas la même : 43% sont plutôt satisfaits et 57% sont tout à fait satisfaits (Figure 16). Une infirmière explique que la satisfaction des conditions de sécurité est en partie corrélée à la connaissance préalable du patient utilisant la téléconsultation et à la présence d'une secrétaire sur le CMP (une seule présence infirmière).

La satisfaction sur la possibilité d'ajustement thérapeutique et sur l'exécution des consignes médicales proposées au cours de la téléconsultation est jugée satisfaisante (réponses plutôt satisfaisante et tout à fait satisfaisante, Figure 17) à 100% par les médecins.

60% des médecins et psychologue pensent que la télémédecine pourrait constituer une réponse possible face aux difficultés croissantes pour satisfaire les besoins en santé mentale dans les régions rurales (Figure 18). Deux médecins ne sont pas de cet avis argumentant que les premiers entretiens sont impossibles à la télévision ou que le temps infirmier nécessaire est trop important dans un contexte actuel de pénurie de présence infirmière et de locaux pour la visioconférence.

75% des infirmiers et de la famille d'accueil sont également d'accord pour penser que la télémédecine peut répondre aux difficultés croissantes rencontrées dans les zones rurales. Une infirmière ne partage pas cet avis dans la mesure où elle estime qu'il faut garder la présence physique du médecin qui a plus d'impact sur les malades et qui rend la consultation plus personnelle.

3. 9. Remarques diverses :

Une infirmière rapporte remplir un rôle particulier : le patient doit avoir confiance en l'infirmière car la pièce est sombre, le cadre plus ou moins chaleureux. Elle fait partie intégrante de l'entretien en ayant une participation active dans l'évaluation de l'état

psychologique du patient. Elle aide le patient : il faut environ trois téléconsultations avant que le patient ne soit vraiment à l'aise, elle doit parfois soutenir et amener le patient au dialogue.

L'infirmière référente de l'EHPAD fait le lien entre le patient et le médecin, les personnes âgées ayant parfois des problèmes de surdité ou étant moins au fait des nouvelles technologies.

La plupart des membres du personnel soignant souhaitent une amélioration de la qualité technique audio. L'aménagement de la salle de visioconférence est également évoqué par les soignants comme les patients : plus de convivialité et plus de meubles pour diminuer l'écho sonore.

A l'AFTA, il est noté par le responsable, du point de vue des patients concernés, l'intérêt surprenant qu'ils témoignent pour la visioconférence et le sérieux avec lequel ils abordent les téléconsultations (intérêt marqué autour de la notion d'expérimentation). Les patients se sentent nettement valorisés du fait de participer à une expérience novatrice et cela participe au processus d'évolution en liaison avec leur Projet de soin, ils se doivent d'être rigoureux par rapport à leur propre image et se respectent ainsi d'autant plus.

V. DISCUSSION

L'objectif principal de notre étude était de déterminer la faisabilité organisationnelle et technique de la télépsychiatrie dans l'activité clinique habituelle de la psychiatrie de secteur. Trois centres médico-psychologiques, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes où de la psychiatrie de liaison est effectuée et une structure de réhabilitation pour patients fortement handicapés par leur pathologie mentale constituent un échantillon représentatif des structures de soins où les psychiatres de secteur interviennent pour les soins de patients dépendants.

Lors des réunions préparatoires organisées entre les représentants médicaux de la psychiatrie haute normande et ceux de l'ARH un consensus avait été obtenu qui avait permis d'établir des taux maximaux de refus (20 %), d'arrêt pour raison technique (5%) ou pour difficultés de compréhension du fait de la qualité de la télétransmission (deux téléconsultations).

Le taux de refus a été de 18% et la satisfaction des soignants concernant le taux d'acceptation de la téléconsultation par les patients a été jugée satisfaisante à 100%. Il apparaît donc que, tant du point de vue objectif que subjectif, un taux d'acceptation de plus de 80% permette de conclure que dans une population de patients stabilisés, bien connus des médecins et des équipes paramédicales qui les ont en charge, l'utilisation de la téléconsultation soit acceptable. L'acceptabilité que nous avons mesurée est comparable voire supérieur à celle qui est retrouvée dans la littérature (Magaletta and Fagan 1998; Mucic 2008; Rohland et al. 2000). Ceci confirme que la majorité des suivis réguliers de ce type de patient pourrait être réalisée par téléconsultation.

Aucune consultation n'a été annulée pour des raisons techniques. La totalité des paramédicaux, le psychologue et la majorité des médecins (80%) ont jugé satisfaisante la fiabilité technique du matériel à disposition. Le nombre de téléconsultations (123) et de télétransmissions pour d'autres applications (20) nous permet d'estimer que sur plus de 150 connexions, dont certaines de plus d'une heure, aucune défaillance du système n'a été rencontrée.

Aucun patient n'a arrêté l'expérimentation après plus de deux téléconsultations au motif d'une mauvaise qualité de la transmission du son. Cependant, 16% des patients sont plutôt peu satisfaits de la qualité du son. Les principales critiques des médecins mais également des paramédicaux se concentrent sur la mauvaise qualité du son. Il est à noter que les critiques concernant la qualité de la transmission sonore émanent des médecins qui exercent sur le même site, le Rouvray, et qui bénéficient de pièces de consultation dans lesquelles les phénomènes d'écho sont particulièrement gênants. Néanmoins, ces critiques sont beaucoup plus le fait des soignants que des patients.

La qualité de la transmission visuelle est jugée satisfaisante par l'ensemble des patients et des soignants. Une amélioration pourrait être cependant facilement apporter, les remarques concernant essentiellement une luminosité de la pièce trop importante pour une bonne qualité de l'image.

Aucun incident n'a été déploré (destruction du matériel ou agression du personnel présent avec le patient). Cependant, l'évaluation qualitative des conditions de sécurité n'est pas la même pour le consultant (à distance) et le personnel accompagnant (sur place). La garantie des conditions de sécurité peut être assurée par le respect des critères d'inclusion et d'exclusion des patients et par l'évaluation infirmière avant la consultation qui permet de dépister les patients violents ou en phase aiguë pour lesquels un autre type de prise en charge doit se faire (Pineau and Moquadem 2006).

La satisfaction générale des patients est satisfaisante, ce qui est en accord avec la majorité des études (Hyer 2005; Kavanagh and Yellowlees 1995; Mucic 2008; Pollard and Lepage 2001; Rohland et al. 2000). Dans notre questionnaire semi-ouvert trois questions supplémentaires exploraient la satisfaction générale : la première demandait si les patients continueraient cette expérimentation, la seconde leur demandait leur avis sur la qualité du suivi et la dernière leur demandait s'ils recommanderaient ce mode de suivi. Ces quatre questions, complémentaires et explorant de façon générale la satisfaction globale des patients sur leur suivi, montraient que le niveau de satisfaction de l'échantillon était favorable à très favorable.

La satisfaction des soignants est jugée satisfaisante pour les items abordés (qualité de la télétransmission, fiabilité technique, conditions de sécurité, taux d'acceptation par les

patients) et la majorité des soignants, au vu de leur expérience de téléconsultation, pense que la télémédecine pourrait constituer une réponse face aux difficultés croissantes pour satisfaire les besoins en santé mentale dans les régions rurales.

Nous montrons donc que la faisabilité de la télépsychiatrie est bonne et que la satisfaction des patients, des médecins comme des paramédicaux est très bonne. Néanmoins, la méthodologie de notre étude peut avoir favorisée des réponses enthousiastes des patients comme des soignants car : i) les médecins étaient volontaires pour cette expérimentation, ii) les infirmiers qui ont participé l'étaient aussi, iii) les patients étaient sélectionnés par les équipes soignantes comme à priori susceptibles d'accepter ce mode de suivi, iv) les consultations en face à face étaient maintenues à un rythme fréquent. De plus, la plus importante faiblesse de notre étude est l'absence de groupe contrôle.

Les développements futurs devraient être de déterminer l'efficacité de la téléconsultation en psychiatrie pour améliorer l'offre de soins en milieu rural. Pour ce faire, les effets de l'introduction de la téléconsultation sur l'offre de soin dans deux centres de consultations psychiatriques ruraux dont l'un serait équipé d'un poste de téléconsultation et l'autre pas pourrait être comparés. Les éléments d'évaluation pourraient alors être les effets sur le volume de l'offre (nombre de consultations, délais d'attente pour un premier rendez vous) et la qualité des soins (nombre et durée des hospitalisations des patients de chaque centre, observance médicamenteuse).

L'aide de la téléconsultation aux médecins généralistes devrait également être évaluée ainsi que l'utilisation de la visioconférence pour la formation continue des psychiatres et des médecins généralistes.

CONCLUSION :

La télépsychiatrie est un mode de consultation qui a maintenant été utilisé de façon extensive dans le monde et dont la faisabilité organisationnelle, technique, clinique, systémique et économique est bien documentée.

En France, la télépsychiatrie n'a été utilisée que de façon ponctuelle et sans qu'aucune étude de faisabilité n'ait été à notre connaissance publiée.

La mise en place de la télépsychiatrie en région Haute-Normandie nous a permis de mener une étude de faisabilité organisationnelle et technique qui démontre que la télépsychiatrie pourrait rendre des services aux secteurs de psychiatrie dont les contraintes géographiques et démographiques réduiraient l'offre de soins aux populations qu'ils desservent.

BIBLIOGRAPHIE :

- Association. AP. (1998-2005) Resource Document on Telepsychiatry Videoconferencing. www.psych.org-pract/tp-paper.cfm
- Baigent MF, Llyod CJ, Kavanagh Saa. (1997) Telepsychiatry : Tele'yes, but what about the Psychiatry ? *Journal of Telemedicine and Telecare* 3:3-5
- Bourgeois D, Weinberg I. (2000) Informatique, criminologie et psychiatrie. *Synapse* 168
- Brown FW. (1995) A survey of telepsychiatry in the USA. *Journal of Telemedicine and Telecare* 1:19-21
- Colloque de déontologie médicale. (1996). www.conseil-national.medecin.fr
- CREDES. (2000) Télé médecine et Evaluation. Aide méthodologique à l'évaluation de la télé médecine
- Cullum CM, Weiner MF. (2008) Feasability of telecognitive assessment in dementia. *Assesment*. 13:385-390
- Deau X. (2005) Télé médecine. *Rapport adopté à la session du Conseil National de l'Ordre des médecins*
- Directive 92/99/CEE du Conseil du 31 mars 1992. *J.O. C.E.E. n°L113/19*
- Dusserre L. (1999) La télé-expertise : un acte médical à reconnaître... et à rémunérer. *Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre. Rapport adopté à la session de janvier 1999*
- Dusserre L, Allaert F. (1996) La télé médecine est-elle légale et déontologique ? . *Informatique et Santé* 8
- Editorial. (1995) Telemedicine : fad or future ? *The Lancet* 345:73-74
- Hanssen B, Wangberg S, Gammon D. (2007) Use of videoconferencing in Norwegian psychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare* 13:130-135
- Hawker F, Kavanagh S, Yellowlees P, Kulucy R. (1998) Telepsychiatry in South Australia. *Journal of Telemedicine and Telecare*:187-194
- Hazebroucq V, Luton JP, Salès A, Bonnin A, Robillard P. (1996) Dossier technique : télé médecine. Problèmes juridiques soulevés par la téléimagerie médicale. *Revue hospitalière de France*:63-67
- Health Canada. (2001) Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Projet national de recherche sur la télésanté pour les Premières nations NA402.
- Hetherington LT. (1998) High tech meets high touch : Telemedicine's Contribution to patient Wellness. *Nurs Admin Q* 22:75-86
- Hilty MD, Shayna LM. (2004) Clinical and Educational Telepsychiatry Applications : A Review. *Canadian Journal of Psychiatry* 49:12-23
- Hylar SE. (2005) Can telepsychiatry Replace In-Person Psychiatric Assessments ? A review and Meta-Analysis of Comparaison Studies. *CNS SPRECTRUMS* 10:403-413
- Hylar SE, Gangure DP. (2003) A review of the Costs of Telepsychiatry. *Psychiatric Services* 54:976-980
- Kannas S. (2005) Télépsychiatrie. *Nervure, Journal de psychiatrie* tome XVIII
- Kannas S, Massé G. (2006) Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française. *Pluriels* 62
- Kavanagh S, Yellowlees P. (1995) Telemedicine - Clinical applications in mental health. *Aust Fam Physician* 24:1242-1247
- Lareng L. (1996) Dossier technique : télé médecine. Qu'est-ce que la télé médecine ? *Revue hospitalière de France*:53

- Lareng L, Salvodelli M. (1994) La télémédecine dans sa réalité pratique. *La Presse Médicale* 23
- Lefranc D, Bourgeois D. (2001) La télépsychiatrie à l'épreuve de la réalité. *Synapse* 180
- Magaletta PR, Fagan TJ. (1998) Advancing psychology services through telehealth in the prisons. *Professional Psychology : Research and Practices* 29:543-548
- Mair F, Whitten P. (2000) Systematic review of studies patient satisfaction with telemedicine. *British Medical Journal* 320:1517-1520
- Massé G, Juhan P, Kannas S, Alexandre JY. (2006) La démographie médicale en psychiatrie en phase avec le soin ambulatoire. *Pluriels* 59
- McGinty KL, Simmons SC. (2006) Telepsychiatry and e-Mental Health Services : Potential for Improving Access to Mental Health Care. *Psychiatric Q* 77:335-342
- Menolascino FJ, Osborne RG. (1970) Psychiatric television consultation for the mentally retarded. *American Journal of Psychiatry* 127:515-520
- Mielonen ML, Ohinmaa A, Moring J, Iso hannu M. (1998) The use of videoconferencing for telepsychiatry in Finland. *Journal of Telemedicine and Telecare* 4:125-131
- Miller TW, Clark J, Veltkamp LJ. (2008) Teleconferencing model for forensic consultation, court testimony and continuing education. *Behav Sci Law.*:301-313
- Ministère de l'emploi. (2004) La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national. DREES. Etudes et Résultats. 352
- Ministère de la Santé. (2008) Avant projet de loi Patients, Santé et Territoires, article 14
- Mitchell JE, Crisby RD. (2008) A randomised trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behav Res Ther.* 46:581-592
- Monnier J, Knapp RG, Frueh CB. (2003) Recent Advances en Telepsychiatry : An Updated Review. *Psychiatric Services* 54:1604-1609
- Mucic D. (2008) International telepsychiatry : a study of patient acceptability. *Journal of Telemedicine and Telecare* 14:241-243
- Norman S. (2006) The use of telemedicine in psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13:771-777
- O'Reilly R, Bishop J. (2007) Is Telepsychiatry Equivalent to Face-to-Face Psychiatry ? Results From a Randomized Controlled Equivalence Trial. *Psychiatric Services* 58:836-842
- Ohinmaa A, Roine R. (2008) The use of videoconferencing for mental health services in Finland. *Journal of Telemedicine and Telecare* 14:266-270
- Pineau G, Moquadem K. (2006) Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé, Province de Québec éd., Québec.
- Pineau G, Moquadem K, St-Hilaire C, Perreau K, Levac E, Hamel B. (2006) Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie.
- Pollard SE, Lepage JP. (2001) Telepsychiatry in A Rural Inpatient Setting. *Psychiatric Services* 52:1659
- Rohland BM, Saleh SS, Rohrer JE, Romitti PA. (2000) Acceptability of Telepsychiatry to a Rural Population. *Psychiatric Services*:672-674
- Ruskin P. (2004) Treatment Outcomes in Depression : Comparaison of Remote Treatment Through Telepsychiatry to In-Person Treatment. *American Journal of Psychiatry* 161:1471-1476
- Shore JH, Hilty DM, Yellowless P. (2007) Emergency Management Guidelines for Telepsychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 29:199-206

- Shore JH, Manson SM. (2005) A Developmental Model for Rural Telepsychiatry. *Psychiatric Services* 56:976-980
- Shore JH, Savin D. (2007) Diagnostic Reliability of Telepsychiatry in American Indian Veterans. *American Journal of Psychiatry* 164:115-118
- Singh SP, Arya D, Peters T. (2005) Accuracy of telepsychiatric assessment of new routine outpatient referrals. *BMC Psychiatry*
- Stab P. (2001) La téléconsultation en psychiatrie, évaluation d'une expérience originale dans le haut pays niçois. *Thèse de médecine, Université Louis Pasteur, Stasbourg*
- Thurin M, Thurin JM. (2003) A propos du troisième symposium international sur psychiatrie et Internet. *Pour la recherche, bulletin de la FFP*
- Urness DA. (2003) La télépsychiatrie. Document de travail de l'APC (Association des psychiatres du Canada)
- Wittson, Benschoter. (1972) Two way television : helping the medical centre reach out. *American Journal of Psychiatry* 129:624-627