



HAL
open science

La télémedecine en psychiatrie : pratiques et représentations chez les psychiatres normands

Charlotte Labouré-Faisantieu

► **To cite this version:**

Charlotte Labouré-Faisantieu. La télémedecine en psychiatrie : pratiques et représentations chez les psychiatres normands. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02499785

HAL Id: dumas-02499785

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02499785>

Submitted on 5 Mar 2020

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.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018/2019

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 25 Novembre 2019

par

Mme Charlotte LABOURÉ-FAISANTIEU

Née le 7 Avril 1989 à Caen (14)

TITRE DE LA THÈSE :

**La télémédecine en psychiatrie :
Pratiques et représentations chez les psychiatres Normands**

Président : Madame le Professeur Perrine BRAZO

Membres : Monsieur le Professeur Pascal DELAMILLIEURE

Madame le Professeur Sonia DOLLFUS

Madame le Docteur Catherine GINDREY

Directrice de thèse : Madame le Docteur Catherine GINDREY

Année Universitaire 2018/2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AGOSTINI Denis	Biophysique et médecine nucléaire
M.	AIDE Nicolas	Biophysique et médecine nucléaire
M.	ALLOUCHE Stéphane	Biochimie et biologie moléculaire
M.	ALVES Arnaud	Chirurgie digestive
M.	AOUBA Achille	Médecine interne
M.	BABIN Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	BÉNATEAU Hervé	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	BENOIST Guillaume	Gynécologie - Obstétrique
M.	BERGER Ludovic	Chirurgie vasculaire
M.	BERGOT Emmanuel	Pneumologie
M.	BIBEAU Frédéric	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	BRAZO Perrine	Psychiatrie d'adultes
M.	BROUARD Jacques	Pédiatrie
M.	BUSTANY Pierre	Pharmacologie
Mme	CHAPON Françoise	Histologie, Embryologie
Mme	CLIN-GODARDBénédicte	Médecine et santé au travail
M.	COQUEREL Antoine	Pharmacologie
M.	DAO ManhThông	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	DAMAJ Ghandi Laurent	Hématologie
M.	DEFER Gilles	Neurologie
M.	DELAMILLIEURE Pascal	Psychiatrie d'adultes
M.	DENISE Pierre	Physiologie
M.	DERLON Jean-Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Neurochirurgie
Mme	DOLLFUS Sonia	Psychiatrie d'adultes
M.	DREYFUS Michel	Gynécologie - Obstétrique
M.	DU CHEYRON Damien	Réanimation médicale
Mme	ÉMERY Evelyne	Neurochirurgie
M.	ESMAIL-BEYGUI Farzin	Cardiologie

Mme	FAUVET Raffaèle	Gynécologie – Obstétrique
M.	FISCHER Marc-Olivier	Anesthésiologie – réanimation et médecine péri-opératoire
M.	GÉRARD Jean-Louis	Anesthésiologie – réanimation et médecine péri-opératoire
M.	GUILLOIS Bernard	Pédiatrie
Mme	GUITTET-BAUD Lydia	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	HABRAND Jean-Louis	Cancérologie option Radiothérapie
M.	HAMON Martial	Cardiologie
Mme	HAMON Michèle	Radiologie et imagerie médicale
M.	HANOUS Jean-Luc	Anesthésiologie – réanimation et médecine péri-opératoire
M.	HULET Christophe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	HURAUULT de LIGNY Bruno <small>Éméritat jusqu'au 31/01/2020</small>	Néphrologie
M.	ICARD Philippe	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	JOIN-LAMBERT Olivier	Bactériologie - Virologie
Mme	JOLY-LOBBEDEZ Florence	Cancérologie
M.	JOUBERT Michael	Endocrinologie
Mme	KOTTLER Marie-Laure	Biochimie et biologie moléculaire
M.	LAUNOY Guy	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE COUTOUR Xavier	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	LE HELLO Simon	Bactériologie-Virologie
Mme	LE MAUFF Brigitte	Immunologie
M.	LEPORRIER Michel <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
M.	LEROY François	Rééducation fonctionnelle
M.	LOBBEDEZ Thierry	Néphrologie
M.	MANRIQUE Alain	Biophysique et médecine nucléaire
M.	MARCÉLLI Christian	Rhumatologie
M.	MARTINAUD Olivier	Neurologie
M.	MAUREL Jean	Chirurgie générale
M.	MILLIEZ Paul	Cardiologie
M.	MOREAU Sylvain	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	MOUTEL Grégoire	Médecine légale et droit de la santé
M.	NORMAND Hervé	Physiologie
M.	PARIENTI Jean-Jacques	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	PELAGE Jean-Pierre	Radiologie et imagerie médicale
Mme	PIQUET Marie-Astrid	Nutrition
M.	QUINTYN Jean-Claude	Ophtalmologie
M.	RAVASSE Philippe	Chirurgie infantile
M.	REZNIK Yves	Endocrinologie
M.	ROD Julien	Chirurgie infantile
M.	ROUPIE Eric	Médecine d'urgence
Mme	THARIAT Juliette	Radiothérapie
M.	TILLOU Xavier	Urologie

M.	TOUZÉ Emmanuel	Neurologie
M.	TROUSSARD Xavier	Hématologie
Mme	VABRETAstrid	Bactériologie - Virologie
M.	VERDON Renaud	Maladies infectieuses
Mme	VERNEUIL Laurence	Dermatologie
M.	VIADER Fausto	Neurologie
M.	VIVIEN Denis	Biologie cellulaire

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS A TEMPS PLEIN

M.	VABRET François	Addictologie
----	-----------------	--------------

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

M.	de la SAYETTE Vincent	Neurologie
Mme	DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne	Dermatologie
Mme	LESCURE Pascale	Gériatrie et biologie du vieillissement
M.	SABATIER Rémi	Cardiologie

PRCE

Mme	LELEU Solveig	Anglais
-----	---------------	---------

Année Universitaire 2018 / 2019**Doyen**

Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs

Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)

Professeur Guy LAUNOY (recherche)

Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3^{ème} cycle)**Directrice administrative**

Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	ALEXANDRE Joachim	Pharmacologie clinique
Mme	BENHAÏM Annie	Biologie cellulaire
M.	BESNARD Stéphane	Physiologie
Mme	BONHOMME Julie	Parasitologie et mycologie
M.	BOUVIER Nicolas	Néphrologie
M.	COULBAULT Laurent	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	CREVEUIL Christian	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	DE BOYSSON Hubert	Médecine interne
Mme	DEBRUYNE Danièle <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2019</small>	Pharmacologie fondamentale
Mme	DERLON-BOREL Annie <small>Éméritat jusqu'au 31/08/2020</small>	Hématologie
Mme	DINA Julia	Bactériologie - Virologie
Mme	DUPONT Claire	Pédiatrie
M.	ÉTARD Olivier	Physiologie
M.	GABEREL Thomas	Neurochirurgie
M.	GRUCHY Nicolas	Génétique
M.	GUÉNOLÉ Fabian	Pédopsychiatrie
M.	HITIER Martin	Anatomie - ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	ISNARD Christophe	Bactériologie Virologie
M.	LEGALLOIS Damien	Cardiologie
Mme	LELONG-BOULOUARD Véronique	Pharmacologie fondamentale
Mme	LEPORRIER Nathalie <small>Éméritat jusqu'au 31/10/2020</small>	Génétique
Mme	LEVALLET Guénaëlle	Cytologie et Histologie
M.	LUBRANO Jean	Chirurgie générale
M.	MITTRE Hervé	Biologie cellulaire
M.	REPESSEY Johann	Hématologie
M.	SESBOÛÉ Bruno	Physiologie
M.	TOUTIRAIS Olivier	Immunologie

M. VEYSSIERE Alexis

Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	ABBATE-LERAY Pascale	Médecine générale
M.	COUETTE Pierre-André (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	LE BAS François (fin 31/08/19)	Médecine générale
M.	SAINMONT Nicolas (fin 31/08/19)	Médecine générale
Mme	NOEL DE JAEGER Sophie (fin 31/08/2021)	Médecine générale

Remerciements

A Madame le Professeur Brazo, je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury. Merci également pour le soutien que vous m'avez témoigné pour la poursuite de mon cursus, pour l'envie d'apprendre que vous nous transmettez et pour votre investissement à nos côtés en tant que coordinatrice de DES.

Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Professeur Delamillieure, je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci également pour vos enseignements lors de mon stage à Esquirol. Je vous prie de bien vouloir accepter l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Professeur Dollfus, je vous remercie de me faire l'honneur de juger ce travail. Merci également pour votre aide quant aux prises en charge des patients lors de mon stage à Esquirol. Je vous prie de bien vouloir recevoir l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Catherine Gindrey, je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'encadrer ce travail. Merci pour tes encouragements et pour ta présence à mes côtés depuis si longtemps. Avec tout mon respect et mon affection.

Merci également

Au Docteur Geoffrey Tourbez, pour tes enseignements, tes relectures, tes encouragements et tous nos bons moments de détente. Tu es un coach en or. Avec toute mon amitié.

Au Docteur Nicolas Babinet, pour vos enseignements, pour m'avoir laissé du temps pour achever la rédaction de cette thèse et pour me faire l'honneur de m'accueillir prochainement dans votre service.

Au Docteur Guillaume Callery, pour tes enseignements, ta disponibilité et ton soutien pour la rédaction de cette thèse.

Au Docteur Antoine Devos, pour tes discussions enrichissantes, ton enseignement d'une vision humaniste de la pédopsychiatrie et pour m'avoir appris à oser sortir des sentiers battus.

Aux autres Professeurs et maîtres de stages durant mon internat. Et plus particulièrement aux Docteurs Auffray, Benbrika, Bimier, Rébillard et Rollet-Thorin qui m'ont conforté dans mon choix de spécialité.

Au Docteur Sadeq Haouzir, pour votre partage d'expérience sur le programme de télépsychiatrie du Rouvray.

Aux équipes paramédicales, secrétaires et sociales de Bonnafé et du CMP Caen Plaine pour leur accueil chaleureux, leur soutien, leur gentillesse et leur humour.

A l'URML, au Docteur Antoine Leveneur et à Madame Laurence Burnouf pour l'aide logistique à l'envoi de questionnaires.

A tous les responsables et collègues qui m'ont soutenu face à la maladie. C'est grâce à vous que la poursuite des études a été possible. Merci tout particulièrement au Professeur Ducros sans qui je n'en serai pas là aujourd'hui.

A Aymeric et Nelly pour vos conseils d'ainés.

A tous ceux qui m'ont apporté leur regard sur ce travail de thèse.

Et plus personnellement, Merci

A Maman, pour ton amour sans faille.

Merci d'avoir assuré avec tant de réussite toutes tes missions, celle de la mère et du père, du coach et de la confidente, et pour m'avoir transmis tes belles valeurs humaines.

Finalement, comme toi je vais aider les gens à mieux voir la vie !

C'est avec une grande émotion que je suis tes pas... Je t'aime.

A Nicolas mon chéri,

Merci pour ta présence soutenante même dans les moments les plus difficiles et pour ton aide précieuse dans la rédaction de ce travail.

Et surtout merci pour ton amour, pour nos fous rires et de me donner l'immense bonheur d'être Maman à tes côtés. Je te souhaite une carrière épanouissante en tant que le brillant médecin de famille que tu es, et je nous souhaite encore une magnifique promenade sur le chemin de la vie avec toujours autant de beaux projets... Je t'aime.

A Capucine, mon petit chaton. Merci pour ta gentillesse, tes câlins qui me donnent tant de force, ton esprit si vif, (oui tu es déjà un Doteur toi !), tes mots d'amour et ton rire de pinson qui ensoleille nos cœurs. Tu es ma plus belle réussite.

A Sylvie, ma deuxième Maman. Merci pour toutes les belles valeurs que tu m'as transmises et pour ton amour depuis mes premiers pas jusqu'à aujourd'hui. Je t'aime.

A Laurence, ma Belle-Maman, avec tout l'amour que ces mots représentent pour moi. Merci pour nos fous rires, notre complicité, nos gourmandises coupables (mais pas trop !) et surtout merci pour ton amour.

A Daniel, j'ai trouvé en toi le père que je n'ai pas eu. Merci pour tous les bons moments, de restos en tontons flingueurs en passant par nos fins de soirées chantantes, pour le partage de tes belles valeurs humaines et pour ton amour.

A ma famille, pour votre amour et votre présence. Vous m'avez beaucoup appris.
Marraine que l'enfance peut être insouciante et merveilleuse
Tonton qu'il faut rester curieux et s'émerveiller de tout
Manou que la force ne vient pas des capacités physiques mais d'une volonté invincible
Julie qu'il faut tracer sa propre route
Patricia qu'il faut garder courage face à la maladie
Laurence que les voyages forment la jeunesse
Je vous aime.

A ma petite Mamie Cannes toujours auprès de moi...
A Dadou qui doit être fier je pense.

A Corinne et Joël pour votre présence dans notre vie.

A mes amis

A Chagri, pour notre amitié qui dure depuis 30ans. De nos journaux de mickeys sous la tente à nos soirées endiablées, on grandit ensemble et t'avoir dans ma vie est une immense richesse. Je t'aime.

A Abdel, pour nos sous-colles épiques des ECN, ta présence précieuse pour dompter zotéro et dans tant de domaines, tous nos bons délires et tant de choses que je n'ai pas la place de mettre ici.

A Loïc, mi compañero de la première heure, pour si notre belle relation depuis déjà 4 ans, pour tes conseils avisés tant sur le plan professionnel que personnel, pour tous nos bons moments de détente et notre magnifique complicité.

A Maëlise, la full moon party a laissé place à deux mamans comblées et c'est avec un grand plaisir que je te vois si épanouie en terre marseillaise. Merci pour tes encouragements et pour notre belle amitié depuis maintenant 10 ans.

A Nono, le temps a passé depuis nos folies de P2, de virées à « la fête » en sessions de water poney, mais tu as su garder ce grain de folie qui me donne toujours autant le sourire, tout en étant une amie en or.

A Marie, pour tous nos moments de déréalisation magique, à Porto dans des ruelles, à Paris avec un sapin géant, à Dubrovnik sur une plage perdue ou derrière un rideau en plein mariage, être avec toi c'est être délicieusement hors du temps. Miss you !

A Sarah et Lionel pour votre amitié, c'est un vrai bonheur de vous avoir dans nos vies et d'être la marraine de James.

A mes amis de Paris Ouest, loins des yeux mais près du cœur.

Tomtom pour notre complicité qui s'est toujours passée de mots.

Will pour nos délires chantants, JB pour nos folies de la rue Cuvier et d'ailleurs, Juju pour nos délires décalés et pour avoir été par votre accueil avec Christophe, mes rayons de soleil au milieu d'une période sombre, Vidou pour ta présence optimiste, chantante et pleine de thé, Flo pour nos délires et parties de tarot, Elie pour toutes nos folies. A Ségo, Hélène, Laurie et Chloé pour nos bons moments passés et à venir.

A la République ! A Yacine pour ton amitié, ton grain de folie qui me fait toujours autant rire et à votre beau couple voyageur avec Elise.

A Corina pour ta bonne humeur et ta gentillesse. A David et Marie pour tous les bonheurs passés et à venir. A Georges et Maud pour nos bons moments et nos chorégraphies un peu décalées.

A Elisa, Thomas et Matthieu, nos amis Nancéens, pour tous nos bons moments.

A Guillaume, dix neuf ans d'amitié qui vieillissent comme un bon vin ! Et à Clémence, ton double au féminin.

A Mathilde, Pierre et Zélina pour tous les bons moments partagés.

A mes belles amitiés Caennaises : Ludmila, Nathalie, Camille D, Timothé, Camille G et Etienne.

Et à toutes les belles rencontres de l'internat.

Abréviations

AETMIS Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé

ARPAnet Advanced Research Projects Agency Network

ARS Agence Régionale de Santé

ATA American Telemedicine Association

CH Centre Hospitalier

CHU Centre Hospitalier Universitaire

CMP Centre Médico-psychologique

CMPP Centre Médico-psycho-pédagogique

CNAM Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRA Centre Ressource Autisme

Ddl Degré de liberté

DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPSM Etablissement Public de Santé Mentale

GCS Groupement de Coopération Sanitaire

GRADES Groupements Régionaux d'Appui au Développement de l'e-santé

HAS Haute Autorité de Santé

kbps Kilobits par seconde

Mbps Mégabits par seconde

MCS Majoration Coordination Spécialiste

MPC Majoration Provisoire Clinicien

NGAP Nomenclature Générale des Actes et Prestations

OMS Organisation Mondiale de la Santé

URML Union Régionale des Médecins Libéraux

SAMU Service Aide Médicale Urgente

SMPR Service Médico-Psychologique Régional

TC Téléconsultation

TCC Thérapie Cognitivo Comportementale

THD Très Haut Débit

TIC Technologies de l'Information et de la Communication

WWW World Wide Web

Sommaire

I.	INTRODUCTION.....	1
II.	CONTEXTE DE L'ETUDE	2
A.	Définitions.....	2
1.	La E-santé et la cybermédecine	2
2.	Télésanté.....	2
3.	Les cinq actes de télémédecine.....	4
B.	Historique	5
1.	Historique d'internet.....	5
2.	Moyens techniques pour la télémédecine	5
3.	Historique de la télémédecine dans le monde	6
4.	Historique de la télémédecine en France	7
C.	Contexte actuel.....	8
1.	Démographie des psychiatres	8
2.	Developpement de la santé numérique en France	9
3.	Cadre légal, éthique et remboursement	10
4.	Expériences en cours en Normandie	13
D.	Objectifs de notre étude.....	14
III.	MATERIEL ET METHODE	15
A.	Choix de la méthode.....	15
B.	Caractéristiques du questionnaire	15
1.	Forme.....	15
2.	Fond.....	15
C.	Population étudiée	16
D.	Déroulement de l'enquête	17
1.	Période.....	17
2.	Réalisation	17
3.	Saisie et exploitation.....	18
IV.	RESULTATS	19
A.	Généralités.....	19
B.	Caractéristiques des répondeurs.....	19
1.	Genre	19
2.	Âge.....	19
3.	Secteur d'activité	20
4.	Département d'exercice	20
C.	Au niveau des pratiques	20
1.	Age de la patientèle	20

2.	Contraintes à la consultation.....	21
3.	Empêchements logistiques	21
4.	Antécédent de pratique d'acte de télémedecine	21
D.	Représentations sur la téléconsultation.....	22
1.	Générales	22
2.	En fonction des données sociodémographiques et de l'exercice.....	22
3.	Représentations sur le téléstaff et la téléexpertise (question 17, annexe 1)	26
V.	DISCUSSION	27
A.	De la méthode	27
1.	Au niveau du taux de réponse.....	27
2.	Au niveau de la rédaction du questionnaire.....	27
3.	Au niveau de la teneur des réponses.....	30
B.	Des principaux résultats	30
1.	Au niveau des pratiques.....	30
2.	Au niveau des représentations et attentes	31
C.	Indications de la télémedecine en psychiatrie selon les répondeurs	35
1.	La téléconsultation.....	35
2.	La télésurveillance de la crise suicidaire	37
3.	Le téléstaff.....	38
4.	La téléexpertise.....	39
D.	Contre-indications de la télémedecine, cadre légal et représentations des répondeurs.....	40
1.	Cadre légal.....	40
2.	Spécificités de la discipline psychiatrique.....	41
3.	En pédopsychiatrie	43
4.	Pour les patients souffrant de troubles psychotiques.....	44
5.	Pour les patients en crise suicidaire ou à risque suicidaire.....	45
E.	Données de la littérature et perspectives	46
1.	En périnatalité.....	46
2.	A destination des détenus	47
3.	A destination des expatriés	48
VI.	CONCLUSION.....	49

I. INTRODUCTION

Le développement de la télémédecine est un sujet qui alimente les actualités et débats de ces dernières années.

Celle-ci se définit comme l'usage des technologies de l'information et de la communication (TIC) à des fins médicales. La télémédecine comprend plusieurs modalités que sont la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance et la téléassistance.

La téléconsultation en psychiatrie est le plus ancien mode d'exercice de télémédecine par visioconférence (Shore, 2015), elle se pratique depuis de nombreuses années aux Etats-Unis, au Canada et en Australie notamment.

En France, les actes de télémédecine et de téléconsultation demeurent encore marginaux bien que la codification des actes et l'ouverture au remboursement en septembre 2018 aient entraîné une explosion de ceux-ci.

Comme toute pratique nouvelle, la télémédecine peut être source de craintes et de réticences.

L'entretien clinique est dans notre spécialité l'unique outil d'évaluation, voire de thérapeutique selon les approches. L'absence de matériel d'examen particulier pourrait rendre la téléconsultation particulièrement applicable en psychiatrie ; néanmoins inviter la technologie dans la relation médecin-malade n'est pas sans effet sur ses représentations dans notre pays où l'héritage psychanalytique avec ses relations transférentielles complexes est important.

A l'heure où les instances gouvernementales plébiscitent un déploiement de la télémédecine à grande échelle, il nous est paru important d'évaluer les pratiques actuelles et le ressenti des principaux concernés face à ce nouveau mode d'exercice médical, en l'occurrence auprès des psychiatres Normands, via une enquête qualitative par questionnaire.

Nous aborderons dans une première partie certains points importants afin de replacer notre étude dans le contexte actuel, puis nous détaillerons sa méthodologie, ses résultats ainsi que la discussion découlant de ceux-ci.

II. CONTEXTE DE L'ETUDE

A. Définitions

Au niveau international, après analyse de 8028 documents de télémédecine, il s'avère que les différents concepts exposés ci-dessous sont utilisés aléatoirement dans les études, sans forcément correspondre à leurs définitions, ce qui entraîne un risque de biais dans les recherches (Fatehi et Wootton, 2012).

1. La E-santé et la cybermédecine

E-santé, télésanté, télésoins et télémédecine sont parfois utilisés de façon indifférenciée, alors qu'elles désignent des concepts différents. Ainsi le terme de e-santé (ou e-health) regroupe des concepts de la santé et de la technologie (comme en télémédecine et télésoins) mais également de commerce (Oh et al., 2005).

Le Docteur Simon, Président honoraire de la société française de télémédecine, rappelle l'importance de distinguer au sein de la santé numérique ce qui relève du commerce et de l'information, avec tous les sites et applications représentant la e-santé, de ce qui relève du soin médical en santé à savoir la télémédecine clinique (Simon, 2014).

Lasbordes en 2009, définit la e-santé comme « l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales » (Lasbordes, 2009).

La cybermédecine, désignant « médecine sur internet », désigne l'ensemble des données accessibles en ligne ayant pour sujet la médecine, que ce soit des pages web, des sites de formation ou encore des espaces de discussions entre patients (Eysenbach and al., 1999).

2. Télésanté

a) *Télémédecine*

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 1997 la télémédecine comme étant « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements audio et vidéo), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique » (World Health Organization, 1997).

En France, la première définition a été proposée en 2004 telle que « la télémédecine permet entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical » (Légifrance, 2004).

Elle fut remplacée par la loi du 21 Juillet 2009, pour la définition actuelle : « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient » (Légifrance, 2009).

b) Télésoins

La loi *Ma Santé 2022*, adoptée définitivement le 10 juillet 2019, prévoit d'accorder aux pharmaciens, infirmiers et auxiliaires médicaux, la réalisation d'actes à distance, dans le champ de leurs compétences, nommés « télésoins ». Ces derniers viennent compléter la télémédecine dans le champ de la « télésanté », concept conforme à la définition de l'OMS : «La prestation de services de soins de santé, où la distance est un facteur critique, par tous les professionnels de la santé qui utilisent les technologies de l'information et des communications pour l'échange d'information valide pour le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies et des blessures, la recherche et l'évaluation, et pour la formation continue des fournisseurs de soins de santé, le tout dans le but de promouvoir la santé des personnes et de leurs communautés» (World Health Organization, 1997).

Via cette loi santé, les infirmiers libéraux accompagnant le patient lors d'une téléconsultation seront rémunérés, permettant le recours au psychiatre depuis le domicile du patient sans perte de gain pour l'infirmier.

3. Les cinq actes de télémédecine

Puis, les différents actes de télémédecine furent définis par le Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, article R6316-1 du code de la santé publique. Ils comprennent la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale (Journal Officiel de la République Française, 2010).

a) La téléconsultation

Celle-ci se définit par la réalisation à distance d'une consultation médicale d'un médecin auprès de son patient.

Ce dernier peut être seul ou accompagné d'un autre professionnel médical ou paramédical. Les psychologues mentionnés, à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985, peuvent également être présents auprès du patient (Légifrance, 1985).

b) La télésurveillance

La télésurveillance se définit par l'interprétation à distance des données médicales recueillies sur le lieu de vie du patient.

c) La téléexpertise

La téléexpertise permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux. Il s'agit d'une action asynchrone mettant en lien les professionnels à un temps différent de la consultation initiale, le patient du médecin requérant et le médecin requis n'étant pas en contact.

Le téléstaff est une adaptation de cette pratique en mettant en lien plusieurs professionnels de santé impliqués autour du cas d'un même patient.

d) La téléassistance

La téléassistance concerne un acte effectué par un professionnel de santé, guidé à distance par un professionnel médical.

e) La régulation médicale (ou réponse médicale)

La régulation médicale représente le tri des urgences médicales via le centre 15.

B. Historique

Les premières expériences de télémédecine et de télépsychiatrie ont eu lieu dans les années 60, mais ce n'est véritablement qu'avec l'avènement d'internet dans les années 90 que celles-ci se sont véritablement développées grâce à la visioconférence.

1. Historique d'internet

Internet a révolutionné le monde des ordinateurs et des communications d'une manière inédite. L'origine d'internet provient en premier lieu du département de la défense américaine et voit le jour à la fin des années 1960. Il s'agit d'un système de communication par paquets de données cryptées permettant de relier deux ordinateurs à distance.

En 1969, la défense se met en collaboration avec diverses universités pour la conception d'un système de télécommunication via satellite qui est l'ancêtre d'internet : *l'Advanced Research Projects Agency Network (ARPAnet)* (Abbate, 1994).

La première application pratique de l'ARPAnet sera le courrier électronique (e-mail, mél ou courriel).

À la fin des années 1980, ARPAnet devient accessible sur une plus grande échelle. Puis, la *National Science Foundation* développe cinq centres informatiques surpuissants, auxquels les utilisateurs peuvent se connecter depuis n'importe quel lieu aux États-Unis. Le système rencontre un franc succès et s'ouvre en 1990 à l'exploitation commerciale qui signe la disparition d'ARPAnet, pour aboutir en 1991 à l'annonce publique du World Wide Web (WWW) tel que nous le connaissons aujourd'hui (Hauben, 2003).

2. Moyens techniques pour la télémédecine

En ce qui concerne les moyens techniques recommandés, selon le ministère de la santé, les actes de télémédecine doivent se réaliser via un réseau à haut ou très haut débit.

En France, la définition retenue pour le Très Haut Débit (THD) est un débit supérieur à 30 Mégabits par seconde (Mbps). Le haut débit quand à lui définit des débits entre 512 kilobits par seconde (kbps) et 30 Mbps. Les centres hospitaliers universitaires (CHU), les importants cabinets de radiologie et les centres d'expertise à distance devront s'équiper de liens d'accès à 100 Mbps ou plus, les hôpitaux moyens et petits et les services d'urgence, susceptibles de jouer le rôle de requérants en télémédecine, devront être couverts par des liens de 10 à 20 Mbps, et les EHPAD, les maisons de santé et les centres de soin

secondaires, couverts par des liaisons à 2-4 Mbps minimum (Direction Générale de l'Offre de Soins : DGOS, 2013).

Au Canada, l'Agence d'Evaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (AETMIS) estime qu'un seuil de 384 kbps permet une qualité d'image et de son compatibles avec les téléconsultations de psychiatrie (AETMIS et al., 2006).

Ce débit de 384kbps est également défini par l'association américaine de télémédecine (American Telemedicine Association ou ATA) comme le minimum nécessaire à une pratique optimisée de la télépsychiatrie (Yellowlees et al., 2010).

L'ATA a également émis des recommandations en terme de bande passante, position de la caméra, éclairage, taille du moniteur et environnement de la pièce, mais ceux-ci ne sont pas considérés comme essentiels (American Telemedicine Association et al., 2013).

Actuellement, en France, les hauts et très hauts débits sont loin d'être ubiquitaires sur le territoire puisque seulement 43,2% des foyers en sont pourvus (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Insee 2019), ce qui pose la question de l'application de la télémédecine depuis le domicile des patients.

Le *plan THD*, lancé au printemps 2013 par le gouvernement, vise à couvrir l'intégralité du territoire en très haut débit, d'ici à 2022 (Gouvernement, 2017).

3. Historique de la télémédecine dans le monde

Les Etats-Unis sont les pionniers dans la mise en place de la télémédecine avec des programmes de développement dès les années soixante.

Il est intéressant de noter que les toutes premières téléconsultations par visioconférence concernent la psychiatrie. Il s'agit de la mise en réseau de programmes de téléconsultations et de télé-éducation autour du Nebraska Psychiatric Institute en 1960. Celles-ci s'effectuaient, avant même l'avènement d'internet grâce à deux télévisions reliées en circuit court (Zundel, 1996).

Solow et al., rapportent en 1971 l'expérience de téléconsultations psychiatriques pendant vingt quatre heures sur écrans de télévisions, entre Hanover et Claremont, deux villes du New Hampshire séparées de 26 miles. L'acceptabilité à la technique fut élevée, tant du côté des médecins que des patients (Solow et al., 1971).

Une expérience de téléconsultation à grande échelle a eu lieu en 1969 par les médecins de l'hôpital du Massachusetts à destination des patients de la station médicale de Logan située à 2,7 miles. Mille patients ont été recrutés par des infirmiers, soit pour des examens

psychiatriques, soit somatiques, et les médecins faisaient les entretiens ou examens à distance, assistés par l'infirmier se trouvant sur place (Murphy et Bird, 1974).

Sur le plan somatique, la première visioconférence en chirurgie cardiaque a eu lieu entre les États-Unis et la Suisse en 1965 et une téléassistance médicale est rendue possible même aux astronautes via satellites à la fin des années 70 (Brown, 1998).

En 1973, a lieu le premier congrès de télémédecine dans le Michigan aux États Unis et à partir des années 1980, le développement de la télémédecine devient important dans d'autres Pays, notamment au Canada et en Australie.

Ces pays combinaient déjà dans les années 80 un haut niveau socio-économique (Université de Sherbrook, 1980), donc potentiellement un meilleur accès aux télécommunications, et surtout des distances géographiques très grandes, entraînant un potentiel frein à l'accès aux soins.

Allen et Grigsby dénombrent qu'en 1998, aux États Unis, au Canada et en Australie, près de 40 000 consultations avaient déjà eu lieu, toutes spécialités confondues (Allen et Grigsby, 1998).

Il n'y a pas eu à notre connaissance d'étude dénombrant les téléconsultations de psychiatrie dans le monde entier depuis.

Une des reconnaissances académiques de la télémédecine a été faite par la Queen's University of Belfast avec la création d'une chaire de télémédecine et la publication d'un journal spécialisé : The Journal of Telemedicine and Telecare (The Lancet Editorial, 1995).

En 1998, L'American Psychiatric Association a émis l'intérêt de la télépsychiatrie pour permettre l'accès aux soins des populations éloignées géographiquement dans un contexte de pénurie de praticiens et a fourni ses recommandations en termes de pratiques et d'équipements techniques (American Psychiatric Association, 1998).

4. Historique de la télémédecine en France

En France, c'est en 1966 qu'ont eu lieu les premières expériences de télémédecine avec la transmission via le réseau téléphonique de tracés électrocardiographiques depuis le CHU de Toulouse vers d'autres établissements de la région Midi-Pyrénées (Aubret-Cuvelier, 2002).

Puis, c'est à l'initiative d'un Français, le Professeur Louis Lareng (déjà cofondateur du Service Aide Médicale Urgente, (SAMU), que l'institut européen de télémédecine voit le jour en octobre 1989 (Gaglio, 2018).

La toute première expérience de téléconsultation française par visioconférence concerne la psychiatrie et a eu lieu il y a déjà vingt ans, en 1999 entre le CHU de Nice et le centre hospitalier (CH) de Tende. Dans cette expérience, les patients de ce village de montagne isolé étaient recrutés par les généralistes des villages alentours et se rendaient au cabinet du médecin généraliste équipé depuis lequel ils pouvaient recevoir une téléconsultation avec un psychiatre basé à Nice. Tous les patients ont rapporté un sentiment d'écoute attentive du psychiatre identique aux consultations en face à face et 85% ont préféré poursuivre en téléconsultation uniquement plutôt que de se déplacer à Nice (Stab, 2001).

Bien que la télémédecine et la télépsychiatrie se soient bien implantées aux Etats Unis, aux USA, au Canada et en Australie, ainsi que dans nombre de pays d'Europe tels que les pays scandinaves, la Suisse et le Royaume-Uni, celles-ci peinent à se développer en France. Pourtant elles permettent de lever les barrières géographiques d'accès aux soins, ce qui serait particulièrement utile dans notre contexte français de désertification médicale et de crise de la démographie psychiatrique actuelle.

C. Contexte actuel

1. Démographie des psychiatres

Bien que le nombre de psychiatres soit en augmentation depuis plus d'une décennie en raison notamment de la hausse du *numerus clausus*, les soins psychiatriques sont encore difficiles d'accès en France. La démographie des psychiatres est inquiétante à l'échelle nationale et encore plus en ce qui concerne la Normandie.

De plus, l'augmentation du *numerus clausus* ne garantit pas que tous les postes soient pourvus. Ainsi, dans l'actualité récente, la psychiatrie est cette année parmi les spécialités les moins choisies par les néo-internes, elle représente à elle seule plus de 50% de la totalité des postes non pourvus, toutes disciplines confondues. En Normandie, 67% des postes d'internes n'ont pas été pourvus à cette rentrée, rendant encore plus inquiétante l'évolution pour la démographie psychiatrique de notre région (CNG santé, 2019).

Au dernier recensement datant du premier janvier 2018, la densité de psychiatres était faible en Normandie avec respectivement 14,97 et 14,9 psychiatres pour 100 000 habitants en Basse-Normandie et Haute Normandie, contre 23 pour 100 000 habitants au niveau national. Egalement, la tendance actuelle est à une augmentation des inégalités départementales avec une densité haute uniquement dans le Calvados (18,6), moyenne en Seine Maritime (15,4) et faible dans l'Eure (10,2), l'Orne (9,1) et la Manche (10) (Bouet et Mourgues, 2018).

Au niveau national, l'âge moyen des psychiatres français était de 52 ans en janvier 2018. Egalement, le nombre de pédopsychiatres a été divisé par deux entre 2007 et 2016 selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

Bien que le rapport ne distingue pas les pédopsychiatres des psychiatres pratiquant la psychiatrie de l'enfant sans sur-spécialisation, il donne néanmoins une information sur une très probable baisse du nombre de praticiens à destination des enfants (Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2016).

2. Développement de la santé numérique en France

Le Ministère de la santé a élaboré un plan, piloté par la DGOS en Mars 2011, définissant cinq domaines d'application prioritaires de la télémédecine, à savoir, la permanence des soins en imagerie médicale, la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, la santé des personnes détenues, la prise en charge des maladies chroniques et les soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2012).

Plusieurs instances interviennent autour du développement de la santé numérique en France.

a) Les Groupements de Coopération Sanitaires (GCS)

Les GCS, représentés en Normandie par le GCS *Normand'e-santé* ont pour principales missions l'accompagnement au montage et le pilotage de projets, l'information, les conseils et la veille juridique en matière de e-santé et le support des nouveaux services auprès des

utilisateurs (GCS Normand'e-santé). Les groupements régionaux d'appui au développement de l'e-santé (GRADES) sont dérivés des GCS, agissant plus spécifiquement sur la e-santé.

b) L'Agence française de la santé numérique : ASIP santé

L' ASIP santé accompagne le virage numérique de notre système de santé. Celle-ci vise à réguler la e-santé en posant les cadres et les bonnes pratiques, notamment en terme de sécurité et d'interopérabilité, à conduire les projets d'intérêt national et à accompagner le déploiement national et territorial des outils et projets numériques en santé afin de développer les usages et de favoriser l'innovation (ASIP Santé).

c) L'agence régionale de santé (ARS)

L'ARS définit la politique régionale et élabore les projets régionaux de santé. En Normandie, ceci passe par la rédaction d'une charte de télémedecine. Celle-ci a été signée par l'ARS, l'union régionale des médecins libéraux (URML), l'assurance maladie et la région le 8 juillet 2019. Elle définit des critères de labellisation de projets, engage une réflexion commune et accompagne le démarrage de projets (ARS Normandie, 2019).

3. Cadre légal, éthique et remboursement

L'ouverture au remboursement des actes de télémedecine pourrait permettre de favoriser l'extension des pratiques. Depuis le 15 Septembre 2018, les actes de télémedecine sont rémunérés au même tarif qu'une consultation classique et leur remboursement est stipulé dans l'avenant n°6 à la convention médicale du 1^{er} Août 2018 (Journal Officiel de la République Française, 2018).

Un an après cette date, on compte au 15 Septembre 2019, plus de 60 000 téléconsultations facturées sur l'ensemble du territoire (Assurance Maladie, 2019).

La nomenclature générale des actes et prestations (NGAP), pour la consultation psychiatrique de télémedecine en libéral est la suivante : TC (39€) + MPC (2,70€) + MCS (5€) = 46,70€.

Pour les établissements de santé, les téléconsultations peuvent être facturées dans le cadre des consultations externes dans les mêmes conditions que les consultations en face à face.

Egalement, le parcours de soin devra être respecté et les majorations pourront s'y ajouter dans les mêmes conditions (Journal Officiel de la République Française, 2018).

En revanche, la psychiatrie, qui est une spécialité dite en « accès direct spécifique » (au même titre que l'ophtalmologie et la gynécologie) n'est pas concernée par le parcours de soin (Légifrance, 2004).

En ce qui concerne les actes de téléexpertise, ils sont rémunérés depuis le 10 février 2019, à hauteur différente pour le médecin requis et pour le médecin référent et selon le niveau d'expertise.

Pour une expertise dite de niveau 1, le médecin expert émet un avis sur une question médicale circonscrite, elle est rémunérée 12 euros au médecin requis et 5 euros au requérant. Pour une expertise dite de niveau 2, l'expert propose une réponse pour une situation médicale complexe et approfondie, elle est rémunérée 20 euros au médecin requis et 10 euros au médecin requérant. Avec un maximum pris en charge de quatre actes par an par patient (Assurance Maladie, 2019).

Il existe de nombreuses plateformes de télémédecine, privées ou associées à des GRADES et toutes ne fournissent pas les mêmes offres en termes de stockage et de sécurisation des données ou du paiement en ligne notamment.

Pour les médecins Normands, la plateforme validée par le GRADES Normandie est *Therapie*, 1038 médecins l'utilisent à ce jour et le nombre de téléconsultations via celle-ci est estimé à plus de 10 000. Elle comprend un espace sécurisé de stockage et de partage des données de santé, mais pas encore de possibilité de paiement en ligne. Parmi les principales plateformes privées on peut citer *Acetiam*, *Avis2santé*, *Doctolib*, *Hopi Médical*, *Qare* ou *Telemedica* notamment (GCS Normand'e santé).

L'avenant n°6 de la convention médicale du 1^{er} Août 2018 a rappelé le caractère obligatoire du consentement éclairé du patient avant la pratique des actes de télémédecine et stipule que le recours à la téléconsultation s'effectue en alternance avec des consultations dites « en présentiel » (Journal Officiel de la République Française, 2018).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié un rapport de bonnes pratiques de la télémédecine en mai 2019.

Celui-ci stipule que la télémédecine doit répondre aux mêmes exigences que la médecine classique en termes de conditions d'exercice, de respect de la déontologie, de règles d'authentification du patient, de consentement et de traçabilité dans le dossier médical.

La téléconsultation doit s'effectuer dans un lieu propice en termes de confidentialité, où l'environnement physique est adapté à la consultation médicale (pas de bruit ni de public), où les règles de sécurité sont réunies. Le médecin évalue si l'accompagnement physique du patient est nécessaire ou non, par un proche ou un professionnel de santé (HAS, 2019).

Il n'existe pour le moment, pas de serveurs de télémédecine agréés par la HAS ou la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).

Pour le déroulement de la téléconsultation en tant que telle, la HAS recommande l'usage de serveurs sécurisés, alors que la CNAM estime que « les outils de communication vidéo existants sur le marché (par exemple : Skype, FaceTime...) apparaissent suffisamment sécurisés pour l'échange vidéo avec le patient lorsqu'il est connu ».

Néanmoins, CNAM comme HAS se rejoignent sur le fait que l'échange des données annexes à la téléconsultation (photos, ordonnances, comptes-rendus, etc) et le stockage des données dans le dossier médical du patient doivent se faire sur des serveurs cryptés sécurisés (HAS, 2019).

Le traitement des données à caractère personnel utilisées pour les actes de télémédecine ne fait l'objet d'aucune formalité particulière auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les données patients sont soumises au secret médical comme en médecine classique et une demande particulière auprès de la CNIL doit être faite pour accéder à ces données dans le cadre d'un protocole de recherche.

Néanmoins, la CNIL fournit des recommandations telles que l'usage d'un dispositif d'authentification forte pour les usagers du logiciel avec un identifiant unique pour chaque utilisateur, et stipule également que « le responsable du traitement doit mettre en œuvre toutes les mesures de sécurité physique et logique pour ce qui concerne les postes de travail, l'informatique mobile, le réseau informatique interne, les serveurs, les sites web, etc ». L'usage d'une messagerie cryptée ou à défaut professionnelle est recommandée, tandis que l'usage des messageries personnelles est à proscrire (CNIL, 2018).

Une enquête de terrain réalisée par Béranger et al. en 2013 portait sur une évaluation des systèmes d'informations auprès de 87 acteurs intervenant autour de la santé connectée. L'étude s'adressait à des concepteurs de systèmes informatiques, des administratifs, des médecins et personnels paramédicaux, ainsi qu'à des responsables de cabinets de conseil et hébergeurs de données médicales. Les grands principes éthiques étudiés étaient : l'autonomie, la bienfaisance, la non malfeasance et la justice. On constate que, bien que les

médecins et personnels paramédicaux soient parmi ceux à avoir fourni les scores les moins importants, tous les acteurs interrogés ont considéré l'utilisation des systèmes informatiques comme éthiques au vue des principes étudiés. Les personnels de santé de l'étude étaient 73,1% à trouver éthiques les systèmes informatiques appliqués à la santé (Béranger et al., 2013).

L'étude de Sabin et Skimming, répertorie quant à elle six principes éthiques à réunir pour permettre une équité dans la santé : présenter la compétence nécessaire aux soins promulgués, garantir la sécurité, s'assurer du consentement éclairé, promouvoir la confidentialité, respecter la juste distance et encourager la continuité des soins (Sabin et Skimming, 2015).

4. Expériences en cours en Normandie

Actuellement, les programmes de télémédecine en Normandie concernent les téléconsultations, depuis les établissements hospitaliers à destination des établissements hospitaliers pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les établissements concernés par l'appel à projet de l'ARS sont le CH de Pontorson, le nouvel hôpital de Navarre (à Evreux), la Clinique Océane du Havre, le CHU de Caen, l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Caen et enfin le CH du Rouvray qui est l'établissement le plus impliqué dans les téléconsultations en psychiatrie de la Région (GCS Normand'e santé).

Le programme de télépsychiatrie du Rouvray est en cours depuis 2008. Il a débuté après une étude de faisabilité auprès de cinq sites : le centre médico-psychologique (CMP) de Forges-les-Eaux, l'EHPAD de Gournay en Bray, le CMP de Saint Valéry en Caux, le CMP de Verneuil-sur-Avre et l'unité d'accueil familial thérapeutique pour adultes (AFTA) à 40km du CH du Havre. Cette étude a montré l'intérêt potentiel du développement de la télémédecine en (ex) Haute Normandie (Nebout, 2008).

Pour faire suite à cette expérimentation, la région a lancé avec l'ARS en 2012 le programme *TISSE*, de télémédecine en structure médicosociale, afin d'améliorer la prise en charge médicale dans ces structures via la télémédecine comme moyen d'intervention en psychiatrie, gériatrie puis dermatologie. Après avoir recueilli l'accord du patient et lui avoir énoncé les modalités de la téléconsultation, un soignant accompagne le patient tout au long

de la téléconsultation pendant que le psychiatre réalise sa consultation depuis le CH du Rouvray (Desbordes et al., 2015).

L'activité autour de ce programme est croissante avec près de 100 téléconsultations en 2012, 300 téléconsultations en 2013 et pour 2019 déjà 230 téléconsultations enregistrées au 30 juin 2019. Les téléconsultations concernent de la gérontopsychiatrie pour 90% d'entre elles et, à ce jour, 71 établissements médico-sociaux (dont 2/3 d'EHPAD) en bénéficient.

En ce qui concerne les chiffres des actes de télémédecine et téléconsultation chez les libéraux en Normandie, il n'y a pas actuellement de recensement du nombre d'actes.

D. Objectifs de notre étude

De nombreuses études ont eu lieu sur la télépsychiatrie en ce qui concerne le ressenti des patients, tant en terme de satisfaction sur l'efficacité que sur l'adhésion à la méthode, (Agha et al., 2009 ; Modai et al., 2006 ; O'Reilly et al., 2007 ; Seritan et al., 2019 ; Williams et al. 2001).

Cependant une revue de la littérature réalisée en 2015 (Paille, 2015), ne retrouvait qu'une seule référence où la satisfaction des psychiatres face à la télépsychiatrie était évaluée comme critère de jugement principal (Kopel et al., 2001), nous n'en avons par ailleurs pas trouvé de plus récente à la date de rédaction de notre thèse.

Un travail de thèse réalisé en 2013 portait sur les représentations et pratiques en télémédecine des médecins généralistes du Languedoc-Roussillon (Carré, 2013), mais aucune étude à notre connaissance n'a été réalisée sur les représentations auprès de toute la population des psychiatres d'une région donnée face à la télémédecine.

Le but de notre étude était de changer de paradigme sur les représentations et de se placer du côté du regard du psychiatre et non du patient. Ceci dans l'objectif principal d'évaluer le bien fondé de programmes de déploiement de la télémédecine et téléconsultation en Normandie, notamment menés par l'ARS et l'URML.

III. MATERIEL ET METHODE

A. Choix de la méthode

L'objectif de notre étude était d'évaluer les pratiques et représentations des psychiatres et pédopsychiatres Normands concernant la télémédecine. Le critère de jugement principal consistait en la validation de la possibilité de la téléconsultation.

Les critères de jugements secondaires étaient le type de spécialité envisagé en téléconsultation, les modalités de déroulement, les actes de télémédecine déjà pratiqués ainsi que les attentes en ce qui concerne les actes de télémédecine.

Nous avons opté pour une étude qualitative par questionnaire adressé directement auprès de la population.

B. Caractéristiques du questionnaire

1. Forme

Il a été créé via le logiciel *Google Forms*.

Google Forms est une entité de *Google Drive* qui permet la création, la diffusion et la gestion de questionnaires en ligne. Les données ont été recueillies en une base de données *Excel*, qui est un logiciel de *Microsoft Office*.

Celui-ci comportait 17 questions, il est volontairement concis et tient en une page recto-verso afin de maximiser les chances de réponse et d'adhésion à celui-ci.

Dans un but d'objectivation des données recueillies, la plupart sont des questions fermées (12 questions), 4 sont des questions semi-fermées et seulement une question est ouverte.

2. Fond

Le questionnaire, cité en annexe, a été élaboré par nos soins en plusieurs sous parties.

Les questions 1, 2 et 4 renseignent sur la démographie. Nous avons choisi de proposer des tranches d'âge afin d'étudier les variations selon les générations.

Les questions 3, 5 à 8 et 16 renseignent sur les pratiques. On y retrouve le type d'activité (salariée ou libérale, interventions auprès d'adultes ou d'enfants), le milieu urbain ou rural, les délais de consultation, la distance à parcourir et le type de télémédecine effectué.

En France, la législation en vigueur via le décret du 14 mars 1986 (relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique), prévoit que la prise

en charge de l'adolescent en pédopsychiatrie s'arrête à l'âge de 16 ans et commence en psychiatrie adulte à cette même limite d'âge (Légifrance, 1986).

Néanmoins, depuis la circulaire du 28 octobre 2004 relative aux soins de l'enfant et de l'adolescent, il est recommandé que les enfants et adolescents soient suivis jusqu'à l'âge de 18 ans par un médecin spécialiste de l'enfant, notamment dans les premiers accueils en centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004).

Nous avons choisi dans notre questionnaire de fixer une limite d'âge à 18 ans pour différencier l'exercice de la psychiatrie adulte et celui de la psychiatrie infanto-juvénile.

Nombre de psychiatres pratiquent de la psychiatrie de l'enfant sans avoir le titre de « pédopsychiatre », c'est pourquoi nous n'avons pas posé une question de statut mais de pratique (question 5 annexe 1). Par souci de clarté, nous appellerons « pédopsychiatres » tous les répondeurs ayant déclaré pratiquer majoritairement des consultations chez les moins de 18 ans.

Nous avons fixé la distance à parcourir à plus ou moins de 50km car nous avons considéré cette distance comme pouvant être une limite d'accès aux soins.

Les questions 9 à 15 et 17 concernent les représentations face à la télémédecine.

Notre thèse traitant de la télémédecine en psychiatrie, nous nous sommes concentrés sur les trois axes principaux que constituent la téléexpertise, le téléstaff et la téléconsultation.

Afin de ne pas surcharger le questionnaire, nous avons pris le parti de ne pas traiter le sujet du téléphone.

C. Population étudiée

Le critère d'inclusion et la population étudiée étaient tous les psychiatres et pédopsychiatres normands, inscrits à l'ordre des médecins au 1er Janvier 2019.

La liste des participants nous a été fournie par le CNOM après contrôle de notre questionnaire, et après signature d'une clause de confidentialité.

Celui-ci comprenait les identités et coordonnées postales professionnelles de tous les psychiatres de Normandie.

La population comportait 531 praticiens dont 274 femmes et 257 hommes.

Les répartitions par département étaient les suivantes : 150 praticiens dans le Calvados, 64 dans l'Eure, 63 dans la Manche, 28 dans l'Orne et 226 en Seine Maritime.

Au niveau des secteurs d'activité, on comptait 138 psychiatres en exercice purement libéral et 393 en exercice salarié ou mixte (si l'activité était mixte, l'adresse spécifiée sur le fichier du CNOM était celle de la structure).

D. Déroulement de l'enquête

1. Période

Le questionnaire a été envoyé durant le mois de février 2019 et nous avons clôturé le recueil des résultats au 31 mai 2019.

2. Réalisation

Les psychiatres libéraux ont tous été contactés par courrier postal.

En ce qui concerne les praticiens exerçant en structure hospitalière ou médico-sociale, les courriels étaient identifiables grâce à l'identité du médecin ; les adresses électroniques étant toujours référencées sous la même mise en forme au sein d'une structure ; par exemple : prénom.nom@fbs50.fr.

Ceux-ci recevaient donc un courriel avec un lien vers notre questionnaire.

Les 167 psychiatres dont le courriel était inconnu ont été contactés par courrier.

A vingt jours, sur les 364 courriels envoyés, seulement 30 praticiens avaient répondu. Nous avons émis l'hypothèse que l'envoi par courrier électronique ne permettait pas d'obtenir un taux de réponse satisfaisant et avons donc recontacté les non répondants par courrier postal.

Il est à noter que sur les 30 praticiens ayant répondu, 4 n'ont pas donné leur identité (ni par mail, ni en bas du questionnaire), ceux-ci ont donc vraisemblablement été recontactés à tort par courrier alors que leur réponse était déjà renseignée.

Au total, 505 questionnaires ont donc été envoyés par voie postale (364 – (30-4)+ 167). Figuraient dans le courrier, le questionnaire en version papier et une enveloppe timbrée pour le retour en utilisant les packs *verso* de *La Poste*.

3. Saisie et exploitation

Les résultats reçus ont été renseignés dans le logiciel *Google Form*, soit de façon directe avec les répondants ayant cliqué sur le lien reçu par mail, soit par nous-même à partir de la version papier. Les données ainsi rentrées étaient retranscrites sur un tableur *Excel* pour exploitation des résultats.

Comme notre étude ne comprenait que des variables qualitatives, nous avons analysé les résultats via le test du χ^2 . Pour ce faire, nous avons choisi le logiciel de statistiques « R », version 3.6.1. Le seuil de significativité a été fixé à 5% ($p=0,05$).

IV. RESULTATS

A. Généralités

Nous avons reçu 214 réponses sur 531 interrogés soit un taux de réponse à 40,3%.

Parmi les réponses reçues, 181 réponses étaient interprétables et 33 ininterprétables.

Les réponses non interprétables consistaient en : 25 dont les questionnaires étaient mal ou insuffisamment remplis, 2 questionnaires revenus barrés et 6 non remplis (dont 4 ayant expliqué avoir pris leur retraite).

A noter également que quatorze enveloppes sont revenues comme ne correspondant pas à l'adresse indiquée sur le fichier fourni par le CNOM.

B. Caractéristiques des répondeurs

1. Genre

Cent femmes et quatre-vingt-un hommes ont répondu au questionnaire (question 1, annexe 1). Pour rappel, la population sondée comptait 274 femmes et 257 hommes.

Avec un χ^2 calculé à 1,46 , degré de liberté (ddl)=1 , $p=0,23$, donc $p > 0,05$.

Ainsi, on ne met pas en évidence de différence significative en ce qui concerne le genre entre l'échantillon répondeur et la population étudiée.

2. Âge

On note une prédominance de la tranche d'âge des 61 ans et plus chez les répondeurs (32%) et 58% des répondeurs ont 51 ans et plus (question 2 annexe 1).

Nous ne pouvons pas conclure si l'échantillon répondeur est représentatif de la population étudiée au niveau de l'âge car le fichier fourni par le CNOM ne mentionnait pas les âges.

Néanmoins, ces résultats ne semblent pas très éloignés des chiffres nationaux, stipulant que l'âge moyen des psychiatres était de 52 ans en 2018 (CNOM, 2019).

3. Secteur d'activité

En ce qui concerne le secteur d'activité, 133 psychiatres non libéraux et 48 psychiatres libéraux ont répondu au questionnaire (question 3, annexe 1).

χ^2 calculé à 0,04, ddl=1, p=0,84, donc p>0,05.

Ainsi, on ne met pas en évidence de différence significative en ce qui concerne le secteur d'activité entre l'échantillon répondeur et la population sondée.

4. Département d'exercice

Sur les 181 réponders, 52 personnes exerçaient dans le Calvados, 15 dans l'Eure, 34 dans la Manche, 10 dans l'Orne et 70 en Seine-Maritime.

Aucun répondeur n'exerçait sur deux départements à la fois.

	Calvados	Eure	Manche	Orne	S. Maritime	
Population	150	64	63	28	226	531
Echantillon	52	15	34	10	70	181

χ^2 calculé à 0,14 , ddl =4 , p= 0,14 donc p>0,05

Ainsi, on ne met pas en évidence de différence significative entre le nombre de psychiatres totaux et réponders par département.

En conclusion, notre échantillon répondeur semble représentatif de la population des psychiatres normands en ce qui concerne toutes les données socio-démographiques connues à savoir le secteur d'activité, le genre et le département d'exercice.

C. Au niveau des pratiques

1. Age de la patientèle

Cent vingt cinq psychiatres sur 181 (69,1%) ne pratiquent pas régulièrement de consultation chez les moins de 18 ans, contre 56 qui en pratiquent (30,9%) (question 5, annexe 1).

2. Contraintes à la consultation

a) Distances pour les patients

Pour la majorité des répondeurs, à 63,5% (115 personnes), leurs patients parcourent plus de 50 kilomètres pour se rendre à la consultation (question 6, annexe 1).

b) Délais de consultation

Les délais de consultation sont élevés puisque seulement 19,3% des répondeurs (35 personnes), déclarent des délais de 2 semaines ou moins.

Les catégories de délais les plus représentées sont les un et trois mois (35,9% et 30,9% respectivement) et 13,8% des répondeurs ont des délais de consultation à six mois ou plus. (question 7 annexe 1).

3. Empêchements logistiques

A la question n°8 (annexe 1), 147 répondeurs ont déclarés avoir déjà eu des patients empêchés de les consulter pour des raisons logistiques.

Parmi ces raisons, les écueils à la consultation rencontrés sont principalement l'absence de moyen de locomotion pour 99 répondeurs, les contraintes d'horaires de travail pour 93 répondeurs, l'éloignement géographique pour 78 répondeurs et les patients en étude pour 59 répondeurs.

Viennent ensuite les problèmes somatiques, les patients en déplacement et les patients en EHPAD pour respectivement 50, 43 et 35 répondeurs.

Dans les réponses libres étaient spécifiés les blocages de circulation par mouvements sociaux (5), les enfants dont les parents travaillent ou sont non disponibles (5), les intempéries (2), je ne sais pas (2), les patients atteints de phobie sociale (2), l'attente de prise en charge taxi par la sécurité sociale (1), le manque d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite (1) et le milieu social précaire (1).

4. Antécédent de pratique d'acte de télémédecine

La majorité des répondeurs a déclaré à 58,6% ne jamais avoir pratiqué d'acte de télémédecine, soit 106 personnes (question 16, annexe 1).

Parmi les 75 répondants ayant déclaré en avoir déjà pratiqué (41,4%), le téléstaff est le plus représenté avec 64 réponses (35,6%) puis la téléconsultation avec 21 réponses (11,6%) et enfin la télé expertise avec 10 réponses (5,5%).

D. Représentations sur la téléconsultation

1. Générales

La majorité des répondants se représente la téléconsultation comme une solution envisageable à 55,8% (101 personnes), contre 80 personnes qui n'y sont pas favorables (question 9 annexe 1).

2. En fonction des données sociodémographiques et de l'exercice

a) Selon le genre

Avec 53 hommes sur 81 qui envisagent la téléconsultation, contre 48 femmes sur 100 , χ^2 calculé à 5,51, ddl=1 , p=0,019, donc p<0,05.

Ainsi, la différence de perception face à la téléconsultation entre les hommes et les femmes est significative

b) Selon la tranche d'âge

	< 30 ans	31-40 ans	41-50 ans	51-60 ans	> 61 ans	total
Oui	3	24	15	25	34	101
Non	5	16	15	19	25	80
Total	8	40	30	44	59	181

χ^2 calculé à 1.88 , ddl = 4 , p= 0,76 donc p>0,05.

Ainsi, on ne met pas en évidence de différence significative sur la perception de la téléconsultation en fonction de la tranche d'âge.

c) Selon le département

	Calvados	Eure	Manche	Orne	S.Maritime	Total
Oui	25	8	21	5	42	101
Non	27	7	13	5	28	80
Total	52	15	34	10	70	181

Avec un χ^2 calculé à 2.42 , ddl = 4, p = 0,66 donc p> 0,05.

Ainsi, on ne met pas en évidence de différence significative sur les perceptions face à la téléconsultation selon le département d'exercice.

d) Selon le secteur d'activité

Avec 29 psychiatres qui envisagent la téléconsultation sur 68 libéraux contre 61 sur 133 chez les salariés ou mixtes, le χ^2 calculé est à 2,99, ddl=1 , p=0,08 donc p>0,05 .

Ainsi, on ne met pas en évidence de différence significative sur la représentation favorable à la téléconsultation entre les libéraux et les salariés.

e) Selon le type de patientèle

Quatre-vingt-un psychiatres sur 125 exerçant à destination des adultes envisagent la téléconsultation, contre 20 sur 56 chez ceux exerçant à destination d'enfants.

χ^2 calculé = 13,3, 1 ddl , p=0,0003 donc p<0,05.

Ainsi, la différence sur la représentation face à la téléconsultation entre les psychiatres exerçant auprès d'enfants et les autres est significative.

f) Selon le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous

	≤ 2 semaines	1 mois	3 mois	6 mois	> 6 mois	Totaux
Oui	17	42	31	3	8	101
Non	18	23	25	8	6	80
Totaux	35	65	56	11	14	181

χ^2 calculé à 6,43, ddl= 4, alors $p=0,17$ donc $p<0,05$.

Ainsi, on ne met pas en évidence de différence significative en ce qui concerne la perception face à la téléconsultation selon le délai de rendez-vous.

g) Selon les contraintes subies par leur patientèle

Sur les 147 praticiens ayant déclaré avoir déjà eu des patients empêchés de les consulter pour des raisons logistiques (question 8, annexe 1), 88 envisagent la téléconsultation, contre 13 sur les 34 n'ayant pas eu de patients empêchés de les consulter pour des questions logistiques. χ^2 calculé à 5,24, 1 ddl alors $p=0,022$ donc $p<0,05$.

Ainsi la différence de perception face à la téléconsultation est significative entre les praticiens ayant déjà eu des patients empêchés de les consulter pour des raisons logistiques et les autres.

Vingt-huit réponders sur 66 dont des patients parcourent moins de 50km pour venir les consulter envisagent la téléconsultation, contre 69 sur 115 pour ceux dont les patients parcourent davantage de 50km.

χ^2 calculé à 5,2 , $p=0,02$, ddl=1 donc $p<0,05$.

Ainsi la différence de perception face à la téléconsultation entre les psychiatres ayant des patients qui parcourent plus de 50km et les autres est significative.

h) Pour quel mode d'exercice psychiatrique

La téléconsultation est estimée comme envisageable majoritairement en psychiatrie adulte, pour 61,9% des réponders, puis en gériopsychiatrie, en addictologie et enfin en

pédopsychiatrie pour respectivement 47%, 29,8% et 22,1% des répondeurs (question 11 annexe 1).

Il est intéressant de noter que la question 11 s'adressait aux sondés ayant répondu positivement à la question 9 mais que nous avons davantage de réponses positives à la question 11 avec 112 personnes la trouvant envisageable en psychiatrie adulte contre 101 personnes l'ayant déclarée envisageable à la question 9.

En ce qui concerne le lieu de déroulement de la téléconsultation pour le patient, (question 12, annexe 1), les réponses majoritaires concernaient les pôles de santé ou maisons de santé, puis les CMP ou équivalent et enfin les EHPAD pour respectivement 99, 89 et 86 personnes. Venaient ensuite les hôpitaux, le domicile du patient et en dernier les pharmacies pour 69, 61 et 17 répondeurs. Egalement douze répondeurs ont déclaré « n'importe où » ou « selon le choix du patient ».

Pour ce qui est de la présence du soignant à la téléconsultation, 41,5% des répondeurs ont coché « à adapter selon les cas », 22,7% « oui obligatoirement », 21,6% « oui tant que possible » et 14,2% « non » (question 13 annexe 1).

75,3% des répondeurs ont déclaré ne pas envisager téléconsulter depuis leur domicile. (question 14, annexe 1), dont 28 libéraux et 110 non libéraux. χ^2 calculé à 11,57, 1 ddl , $p=0,00067$ donc $p<0,05$.

Ainsi la différence est significative entre les psychiatres libéraux et non libéraux quant à la projection de téléconsulter depuis leur domicile.

En ce qui concerne la réponse libre des freins évoqués par ceux qui n'estiment pas la téléconsultation envisageable (question 10, annexe 1), on retrouve en première objection que la téléconsultation est incompatible avec la discipline spécifique qu'est la psychiatrie pour 36 répondeurs. Les réponses sont notamment celles-ci « le soin psychique perd de son essence avec l'écran », « incompatible avec une consultation psychiatrique sur le plan relationnel, transférentiel et éthique », « le langage para-verbal est essentiel », « la relation psychothérapeutique est biaisée à travers l'écran », etc.

Egalement dix-neuf répondeurs ont déclaré qu'elle était inenvisageable en pédopsychiatrie « nécessité d'un matériel pédagogique particulier », « l'enfant a besoin de relations

directes », « nécessité de médiation dans le jeu et la motricité ». Avec toutefois une nuance exprimée par un répondeur « pas pour les enfants mais bien pour les adolescents ». D'ailleurs, comme mis en évidence précédemment dans nos résultats, les psychiatres exerçant à destination des enfants envisagent significativement moins la téléconsultation que ceux exerçant auprès d'adultes.

Les autres freins évoqués étaient

- une trop mauvaise connexion internet ou l'absence d'accès à des moyens techniques suffisants pour 7 répondeurs,
- pensent la population peu à l'aise avec l'outil numérique (5 répondeurs),
- s'estiment trop près de la retraite pour s'y intéresser (3 répondeurs),
- trouvent le téléphone suffisant (3 répondeurs),
- estiment manquer de formation (3 répondeurs),
- n'éprouvent pas d'intérêt pour cette technique (2 répondeurs),
- déclarent manquer de temps (2 répondeurs),
- redoutent que les écrans puissent faire décompenser des patients souffrant de troubles psychotiques (2 répondeurs),
- et enfin un répondeur estime cela entraînerait une perte de qualité d'évaluation du risque suicidaire.

3. Représentations sur le téléstaff et la téléexpertise (question 17, annexe 1)

La majorité des répondeurs a déclaré à 79% se montrer favorable à l'utilisation des pratiques de télémédecine pour avoir des échanges avec les confrères au sujet d'un patient (question 15, annexe 1).

Au niveau des perspectives de pratiques, seulement 31 personnes ont déclaré n'envisager pratiquer aucun acte de télémédecine, sur 159 répondeurs, soit 19,5%.

La pratique la plus envisagée est majoritairement le téléstaff, pour 107 personnes (67,3%). Viennent ensuite la téléconsultation pour 75 personnes (soit 47,2%) et la téléexpertise pour 30 personnes (18,9%).

A noter qu'aucun répondeur n'a déclaré se sentir prêt à effectuer seulement de la téléexpertise.

V. DISCUSSION

A. De la méthode

1. Au niveau du taux de réponse

Nous avons obtenu un taux de réponse satisfaisant de 40,3%.

Néanmoins, le taux initial de réponse par e-mail a été très faible soit 8,2%.

Le faible taux de réponse par mail pourrait s'expliquer par le fait que le lien *Google Forms* ait été bloqué par le système de sécurité informatique de certains établissements, que les praticiens ne consulteraient pas leurs e-mails ou aient une boîte de réception saturée, que ceux-ci recevraient trop de courriels ou encore qu'ils ne seraient pas intéressés par le sujet de la télémédecine ou par le fait de participer à une étude.

L'envoi par courrier a permis de contrer plusieurs des biais ci-dessus, notamment car il permet un mode de contact davantage personnalisé, que les sondés sont plus enclins à lire leur courrier et que ceux-ci se sont probablement sentis davantage concernés pour répondre du fait des frais engendrés par l'envoi postal et la fourniture d'une enveloppe pour le retour.

Il est à noter que nous avons eu le retour de certains praticiens hospitaliers avec lesquels nous avons évoqué notre thèse, notamment de l'EPSM de Caen, qui disent n'avoir reçu ni le courriel ni le courrier.

2. Au niveau de la rédaction du questionnaire

Sur le plan de la validité des questions et réponses du questionnaire, l'envoi papier nous a permis de mettre en évidence les limites de celui-ci, notamment car il était parfois annoté de remarques quant à la forme.

Nous aurions pu demander les circonstances souhaitées de la téléconsultation : urgence, suivi, premier contact, rythmicité des séances, etc.

Parmi les principales remarques en ce sens, les praticiens déclarant envisager la consultation ont précisé « pour des patients déjà connus », « ponctuellement pour un renouvellement » ou « en contexte d'urgence ».

Les trois modes d'intervention étudiés étaient la téléconsultation, la téléexpertise et le téléstaff ou téléconférence. Or le téléstaff ne fait pas partie des actes de télémédecine selon

la définition officielle (cf chapitre définitions). Néanmoins, nous l'avons estimé comme un bon marqueur de pratique de santé connectée et de travail en réseau et il nous paraissait important d'évaluer également les pratiques et représentations face à ce mode d'exercice.

La formulation de la question 8 (annexe 1) au niveau des empêchements logistiques a pu occasionner certaines redondances telles que l'absence de moyen de locomotion qui incluait potentiellement les jeunes en étude, les patients en EHPAD et les patients ayant des problèmes somatiques.

Nous n'avons pas questionné sur d'autres modes de pratique à distance, notamment le téléphone, le courriel ou la messagerie instantanée qui rentrent également dans le cadre des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC).

En ce qui concerne le téléphone, comme précisé précédemment, nous avons choisi de ne pas traiter de son usage afin de ne pas alourdir le questionnaire.

Il est néanmoins un outil de consultation à distance intéressant et nombre de praticiens l'utilisent déjà dans leur pratique courante notamment en cas de contact avec les patients en situation de crise ou de conseil, avec les familles ou les partenaires médico-sociaux, sans lui conférer le titre de téléconsultation ou téléstaff.

Selon l'essai randomisé de Mohr et al. réalisé en 2012, comparant les effets d'une Thérapie Cognitive Comportementale (TCC) par téléphone ou en face à face sur la prise en charge de la dépression, la TCC par téléphone permettrait d'améliorer l'adhésion à la thérapie et de réduire l'attrition par rapport à la TCC classique et serait aussi efficace que la TCC en face à face sur la réduction des symptômes dépressifs mesurés par l'échelle d'Hamilton (Mohr et al., 2012). Ces résultats concordent avec l'étude de non infériorité réalisée par Turner et al. qui ne montrait pas de différence significative entre la TCC réalisée en face à face ou celle par téléphone sur la réduction des symptômes de troubles obsessionnels compulsifs chez des adolescents suivis (Turner et al., 2014).

Nous n'avons pas questionné les psychiatres sur leurs représentations quant au développement d'applications mobiles de télépsychiatrie.

Actuellement en France, une application mobile de télésurveillance du risque suicidaire est en expérimentation depuis les hôpitaux de Montpellier, Brest, Lille, Créteil et Besançon. Elle est appelée « Emma » (pour « Ecological Mental Momentary Assessment») et dérive de la technologie du même nom, d'intelligence artificielle via santé mobile (Berrouiguet et al.,

2019). Emma fonctionne en relation avec le dispositif *VigilanS* et prévoit d'évaluer le risque suicidaire d'un patient dans son environnement via des autoquestionnaires afin de donner l'alerte instantanément (Courtet, 2019).

En ce qui concerne la pédopsychiatrie, nous n'avons pas différencié l'exercice de la psychiatrie de l'enfant de celle de l'adolescent. Or l'entretien avec les adolescents est davantage proche de celui de l'adulte en ce sens qu'il ne nécessite pas de matériel particulier.

Peut-être que le taux significativement plus bas de pédopsychiatres qui envisagent la téléconsultation par rapport aux psychiatres adultes serait différent selon la sous-classe, selon que les praticiens s'adressent davantage à des enfants ou à des adolescents ; avec un écart par rapport à la population qui se creuserait pour celle de l'enfant et s'amoinerait pour celle de l'adolescent.

Le délai de rendez-vous n'était pas par échelles mais par chiffres bruts ne correspondant éventuellement pas à la réalité du terrain. Ainsi, entre 3 et 6 mois de délai la différence est grande. De plus, nous n'avons pas précisé s'il s'agissait du délai pour un premier rendez-vous ou pour une consultation de suivi ce qui peut s'avérer très différent pour certaines spécialités.

A la question « avez-vous des patients qui parcourent plus de 50km pour se rendre à vos consultations ? » (question 6, annexe 1), nous pensions à la distance du trajet aller mais il nous a été demandé s'il s'agissait du trajet aller ou aller-retour, ce que nous avons en effet omis de préciser.

A la dernière question, nous aurions dû retirer le « si non » et laisser uniquement « quels actes seriez-vous prêt à effectuer ? » car si les personnes ont déjà effectué des actes de télémédecine mais pas tous ceux existant, ils pourraient éventuellement être prêts à en effectuer d'un autre type, or la dénomination « si non » a peut-être bloqué les réponses de certains.

3. Au niveau de la teneur des réponses

Il existe un biais de sélection au niveau des répondeurs. Ainsi, ceux qui ont répondu au questionnaire ont plus de chance d'avoir une opinion favorable ou d'avoir déjà pratiqué des actes de télémedecine.

Ainsi, on constate que 41,4 % des répondeurs déclarent avoir déjà pratiqué des actes de télémedecine, dont 11,6 % de la téléconsultation, chiffres paraissant très élevés par rapport aux pratiques actuelles et au manque de développement de dispositifs techniques.

A contrario, les sondés n'en n'ayant jamais pratiqué ou étant opposés à la télémedecine auront moins tendance à répondre au questionnaire ou ne le liront pas au vu de l'intitulé. C'est ce biais de sélection des répondeurs que nous avons tenté de diminuer via l'envoi papier personnalisé.

Parmi les répondeurs disant ne pas envisager la téléconsultation (question 10, annexe 1), on retrouvait l'absence d'intérêt ressenti de la visioconférence par rapport à une consultation par téléphone. Néanmoins, les travaux de Cuckor et al. ont montré l'intérêt de la valeur ajoutée du canal vidéo, même à faible qualité, pas seulement en terme d'évaluation clinique du langage paraverbal mais également par la création d'une « présence sociale » auprès du patient rendue possible par l'image du psychiatre. Une vignette clinique illustrant ce propos évoque le cas d'un patient qui était rassuré par l'image du psychiatre, même si celle-ci était figée à cause des aléas de la télétransmission (Cukor et al., 1998).

B. Des principaux résultats

1. Au niveau des pratiques

Parmi l'échantillon général, 106 répondeurs n'ont jamais pratiqué d'actes de télémedecine, soit 58,56% des effectifs. Parmi les 75 psychiatres l'ayant déjà pratiqué, 21 ont déjà pratiqué la téléconsultation (soit 11,6%), 64 le téléstaff (soit 35,6%) et 10 la télé-expertise (soit 5,5%). On constate donc que c'est le téléstaff qui est l'acte le plus pratiqué.

Le nombre d'actes de télémedecine par spécialité ou par département n'est pas disponible (selon le GCS Normand'e santé que nous avons contacté), il nous est donc impossible de conclure si ces chiffres sont élevés ou représentatifs de la population étudiée.

Alors qu'il y a de nombreuses études sur les ressentis des patients face à la téléconsultation, rares sont les études qui s'intéressent au ressenti ou à la satisfaction des psychiatres face à la télémédecine.

Au cours de l'enquête réalisée par Sophie Nebout sur l'expérience de télépsychiatrie du Rouvray, 100% des médecins et soignants se sont déclarés satisfaits ou tout à fait satisfaits. Dans notre étude, nous n'avons pas demandé le retour d'expérience et la satisfaction des psychiatres en ayant déjà pratiqué (Nebout, 2008).

2. Au niveau des représentations et attentes

a) Selon l'âge et le sexe

Bien que l'on ait pu penser que la téléconsultation soit davantage envisagée par les jeunes psychiatres, il n'y a pas de différence de perception face à cette pratique parmi les différentes tranches d'âge des psychiatres Normands dans notre étude.

Au niveau de nos résultats, si l'on considère que notre échantillon est représentatif de la population au niveau du genre, les femmes envisagent moins la téléconsultation que les hommes. Ainsi, la profession se féminisant (Sénat, 2019), il est possible que bien que les jeunes pourraient être plus à l'aise avec l'outil informatique, la féminisation actuelle de la profession chez les jeunes générations nuance ces résultats.

b) Selon la représentation de la téléconsultation

55,8% des répondeurs ont déclaré la téléconsultation comme une solution envisageable. Néanmoins, seulement 47,2% des répondeurs se déclarent prêts à pratiquer la téléconsultation.

Dans une étude réalisée auprès des généralistes de la Meuse sur leurs représentations à propos de la télémédecine, ceux-ci l'envisageaient pour trois spécialités que sont la dermatologie, la neurologie et la psychiatrie. En ce qui concerne la psychiatrie, celle-ci paraissait unanimement envisageable pour les suivis de patients dépressifs et en addictologie (Durupt et Bouchy, 2016).

Il est intéressant de noter que dans l'échantillon de notre étude en revanche, l'usage de la téléconsultation en addictologie n'était envisagé que pour 29,8 % des psychiatres.

Dans un travail de thèse réalisé dans la région de Bordeaux auprès des médecins généralistes également, ceux-ci ont également déclaré envisager l'exercice de la télé médecine pour la psychiatrie, (ainsi que pour la gériatrie, la cardiologie et la dermatologie) (Haller, 2018).

Douze praticiens ont évoqué dans les notes libres le contexte des consultations en urgence. Un praticien a précisé ne pas envisager la téléconsultation en contexte d'urgence et onze ont en revanche précisé dans les modes d'exercices envisagés de la téléconsultation « en contexte d'urgence » (annexe 1, question 11).

En ce qui concerne la téléconsultation d'urgence, Shore et al., en 2007 à la suite d'une étude auprès de trois grands programmes impliquant plus de 5 000 sessions de télésanté différentes, dans 6 États occidentaux des États-Unis et d'Australie ont émis des lignes directrices pour la prise en charge des urgences en télépsychiatrie. Celles-ci abordent les enjeux administratifs, juridiques, éthiques, cliniques et les particularités en population rurale (Annexe 2).

Les expériences des prestataires de télépsychiatrie indiquent que le sentiment de contrôle sur la rencontre clinique est diminué en cas de patient en crise d'agitation. Néanmoins, à plusieurs reprises, la distance physique offerte par la téléconsultation a permis aux patients d'exprimer des émotions extrêmement fortes qui auraient pu amener les auteurs à mettre fin à l'entretien s'ils s'étaient trouvés en présence physique du patient. Les résultats de l'expérience, menée sur 14 ans, rapportaient que la télépsychiatrie d'urgence pouvait être entreprise efficacement et en toute sécurité (Shore et al., 2007).

Les études de Southard et al et Yellowless et al. confirment également l'intérêt de la prise en charge des urgences psychiatriques par téléconsultation (Southard et al., 2014 ; Yellowless et al., 2008).

En France, Alréna Technologies est une plateforme de télé médecine autonome à destination des services d'urgences qui fonctionne via une valise avec caméra et microphone, connectée à tous les réseaux satellites disponibles. Elle est déjà utilisée en routine par l'hôpital départemental de Périgueux (avec les pompiers de Nontron et le SAMU) et s'adresse également aux maisons de santé et EHPAD. Il y a eu en 2018, 158 interventions grâce à cette « valise » sur la Dordogne soit 15 interventions par mois en

moyenne. Un tiers des patients, toutes pathologies confondues, a été réorienté sans passer par les urgences (Barrel, 2019).

Il est intéressant de noter que seulement 31 praticiens, soit 17,13% des réponders, se sont déclarés opposés à pratiquer un acte de télémédecine. La télémédecine tous actes confondus reçoit donc un accueil très favorable chez les psychiatres normands. Néanmoins, avoir inclus le téléstaff dans notre questionnaire fausse légèrement ces résultats.

En ce qui concerne la téléconsultation en pédopsychiatrie, les chiffres sont plus faibles que pour les autres sous-spécialités puisque seulement 22,1% des psychiatres réponders l'estiment envisageable pour cette discipline. La pédopsychiatrie arrive en dernière place, après la psychiatrie adulte, envisagée à 61,9%, la gérontopsychiatrie, envisagée à 47% puis l'addictologie, envisagée à 29,8%.

Les pédopsychiatres envisagent d'ailleurs significativement moins que les autres le recours à la téléconsultation.

Les arguments amenés par ceux pratiquant la pédopsychiatrie et n'envisageant pas la téléconsultation sont principalement la nécessité d'avoir recours à un matériel pédagogique adapté (jouets, livres, pâte à modeler, etc), l'analyse des déplacements de l'enfant dans la pièce, le positionnement physique des enfants et des parents et la nécessité de recevoir le jeune avec et sans parents au cours d'une même consultation.

Parmi les praticiens n'envisageant pas la téléconsultation en pédopsychiatrie mais l'envisageant en psychiatrie adulte, certains ont nuancé leurs réponses en ce qui concerne les adolescents. Il est en effet intéressant de noter que la consultation psychiatrique de l'adolescent est dans la forme semblable à celle de la consultation adulte, à savoir un entretien duel (ou avec soignant), en face à face, sur le mode verbal comme nous l'avons évoqué précédemment.

c) Selon le lieu envisagé pour la téléconsultation

Les réponses évoquées par la majorité des réponders comme lieu possible de la consultation sont les pôles de santé, les CMP ou les EHPAD, ce qui semble être des lieux de consultation habituels en médecine classique, facilement adaptables à la pratique de la psychiatrie. En revanche, l'hôpital n'a été évoqué que par 44,8% des réponders, ce qui est un résultat surprenant au vu de l'intérêt que pourrait revêtir une « psychiatrie de liaison » par téléconsultation dans les hôpitaux dénués de ce service.

Pour ce qui est de la nécessité de la présence d'un soignant à la téléconsultation, les résultats sont mitigés. La plupart suggère qu'il faut adapter selon le cas clinique, et seulement 14,2% pensent que la présence de celui-ci n'est pas souhaitable (question 13 annexe 1).

Soixante et un répondants (39,6%) ont stipulé que la téléconsultation pouvait s'opérer depuis le domicile du patient. L'aspect d'une consultation rendue possible au domicile du patient grâce à la téléconsultation est très intéressant et revisite la pratique actuelle de la psychiatrie.

Ainsi, tel que décrit dans le Serment d'Hippocrate, où le médecin est « admis à pénétrer dans l'intimité des personnes » (CNOM, 2019), la téléconsultation permet de faire de la « psychiatrie à domicile » et permet un échange différent entre le psychiatre et son patient.

Au niveau du lieu de consultation, 17 répondants ont déclaré la téléconsultation envisageable depuis une pharmacie, soit 9,4% des répondants.

Depuis le 2 septembre 2019, les pharmaciens sont désormais autorisés à s'équiper de cabines de télé médecine où le patient pourra recevoir une téléconsultation d'un médecin (Journal Officiel de la République Française, 2019).

Ceux-ci seront rémunérés au forfait, sous couvert de respecter les exigences, à savoir : effectuer la prise en charge dans le respect du parcours de soins, disposer des équipements nécessaires à la vidéo transmission et à la prise de constantes et disposer d'un espace de confidentialité fermé.

En psychiatrie, cette dernière consigne est primordiale afin d'assurer un entretien de la meilleure qualité possible. L'aspect de confidentialité est extrêmement important, tout comme devrait l'être le respect d'un climat calme, serein, à l'écart du bruit et de l'agitation.

Ce sont ces dernières exigences qui paraissent à ce jour, selon nos représentations d'une officine, peu compatibles avec une téléconsultation de qualité qui expliquent probablement ces faibles résultats.

C. Indications de la télémedecine en psychiatrie selon les répondeurs

1. La téléconsultation

a) *Les patients atteints de phobie sociale*

La phobie sociale est l'un des troubles anxieux les plus fréquents (Ruscio et al., 2008), et celle-ci peut conduire à des comorbidités telles que la dépression ou l'abus de substances si elle n'est pas prise en charge précocement (Stein et al., 2008).

Pourtant de par sa symptomatologie même, contraignant le sujet à une claustration à domicile, l'accès à des soins classiques est difficile, voire impossible.

L'équipe de El Alaoui a étudié l'effet d'une TCC par internet à destination de ces patients, sur les symptômes d'anxiété via l'échelle *Liebowitz Social-Anxiety-Self-Rated*. Des réductions significatives des signes d'anxiété sociale ont été observées instantanément et confirmées à six mois. Néanmoins il s'agissait d'une étude de cohorte longitudinale et il n'y avait pas de comparaison par rapport à une thérapie cognitivo-comportementale en conditions classiques (El Alaoui et al., 2015).

Deux essais contrôlés randomisés, réalisés en 2016 puis en 2018, puis une méta-analyse portant sur 42 articles, confirment les résultats positifs d'une TCC par internet pour la prise en charge de la phobie sociale, sans différences significatives entre la TCC par internet et la TCC classique (Mathiasen et al., 2016 ; Mathiasen et al., 2018 ; Romijn et al., 2019).

b) *Pallier aux difficultés d'accès aux soins*

Nous avons montré dans nos résultats que les répondeurs ayant déclaré avoir déjà eu des patients empêchés de les consulter pour des raisons logistiques (question 8, annexe 1) et ceux dont les patients doivent parcourir plus de 50 kilomètres pour se rendre à leur consultation (question 6, annexe 1), envisagent significativement davantage le recours à la téléconsultation que les autres.

L'éloignement géographique et la difficulté d'accès aux soins sont donc des facteurs favorisant la bonne opinion face à la téléconsultation.

Il existe une plus grande prévalence des troubles psychiques en population rurale par rapport aux populations urbaines (Wang et al., 2005), notamment au niveau des taux de

suicide où ceux-ci sont deux fois plus élevés en milieu rural qu'en milieu urbain (Singh et Siahpush, 2002 ; Taylor et al., 2005). On suppose que l'accès limité aux soins dans les zones rurales et les conditions socio-économiques précaires contribuent à ces taux accrus. Ainsi, la téléconsultation est particulièrement adaptée à ces populations pour lever une des deux barrières au soin qu'est l'éloignement géographique.

Néanmoins, en France, comme nous l'avons vu précédemment, le haut débit est encore loin d'être ubiquitaire et notamment en zones rurales ce qui freine l'accès à la télémédecine pour ces populations.

c) En pratique courante

De nombreuses études ont mis en évidence l'absence de différence significative en termes d'évaluation clinique et sémiologique de la téléconsultation comparativement à la consultation en face à face. Ainsi, dès 1997, l'étude de Elford portant sur 63 patients examinés alternativement en téléconsultation et en face à face par deux psychiatres différents sur quatorze mois, retrouvait que le diagnostic par visioconférence était aussi fiable qu'en consultation classique et que le recueil des signes et symptômes était le même quelque soit la configuration (Elford, 1997).

Ultérieurement, une revue systématique de García-Lizana et Muñoz-Mayorga en 2010 rapportait des résultats concordants, où aucune différence n'était détectée en terme de précision de l'évaluation clinique entre la consultation classique et la visioconférence (García-Lizana et Muñoz-Mayorga, 2010).

d) En EHPAD ou structure médico-sociale

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les seuls appels à projets et programme à grande échelle de télépsychiatrie en Normandie concernent la gérontopsychiatrie et les téléconsultations à destination des EHPAD et structures médico-sociales, ce qui confirme l'intérêt de la télémédecine pour ce type de structures.

Bien que seulement 19,3 % des réponders aient déclaré avoir eu des patients empêchés de les consulter car résidant en EHPAD, (question 8, annexe 1), 47% des réponders envisagent la téléconsultation pour la gérontopsychiatrie (question 11, annexe 1) et 47,5% considèrent l'EHPAD comme un lieu potentiel de déroulement de la téléconsultation (question 12, annexe 1).

Dans une expérience réalisée à Hong Kong en Mars 2005 sur 22 sujets souffrant de la maladie d'Alzheimer et résidants en EHPAD, une méthode d'intervention cognitive a été menée au cours de 12 séances, soit en face à face soit en vidéoconférence. Après la fin des douze séances, il y avait une amélioration cognitive significative qui était comparable chez les patients dans les deux groupes de traitement (Poon et al., 2005).

Une étude menée par Cullum et al. au Texas a également montré l'intérêt de la télépsychiatrie pour l'évaluation cognitive chez les résidents d'EHPAD. Quatorze personnes souffrant de démence cognitive légère et 19 personnes souffrant de maladie d'Alzheimer ont été soumises à une série de tests neuropsychologiques courants soit en face à face soit en téléconsultation. Les résultats des tests obtenus ont été similaires que les patients soient testés en personne ou par téléconsultation (Cullum et al., 2006).

Après cinq ans de recul de la même équipe pour des évaluations cognitives et des suivis auprès de 427 patients en EHPAD, vus soit en face à face soit en visio-conférence, les résultats comparables entre les deux méthodes se sont confirmés. Les patients, bien qu'âgés, étaient très à l'aise avec l'outil numérique, et sur les 365 patients suivis par visio-conférence, seulement deux ont souhaité changer de méthode pour des consultations classiques (Weiner and al., 2011).

D'autres études d'évaluation neuropsychologiques à destination des personnes âgées, ont retrouvé des résultats similaires (Hildebrand et al., 2004) (Canada) (Loh et al., 2004) (Australie), (Shores et al., 2004 ; Vestal et al., 2006) (Etats-Unis).

2. La télésurveillance de la crise suicidaire

Utilisant également le média téléphone, le dispositif *VigilanS*, mis en place en 2015 par l'équipe du Professeur Vaiva à Lille, s'appuie sur les structures de soins existantes dans la région et aide à tisser un réseau autour des personnes en crise suicidaire. Il est constitué d'une cellule opérationnelle coordonnée par l'ARS avec en complément, une ligne téléphonique dédiée ouverte aux professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins de ces personnes (ARS Normandie).

Il est notamment proposé de recontacter les personnes suicidantes repérées lors d'un passage dans un service d'accueil des urgences, après leur sortie, par téléphone, message texte ou carte postale. On remet au patient les coordonnées de l'opérateur du dispositif

VigilanS à contacter en cas de besoin, et après chaque appel ou prise en charge, un compte-rendu est adressé aux correspondants médicaux.

Les primo-suicidants reçoivent une « carte ressource » avec les numéros utiles et les non primo-suicidants reçoivent en plus de la carte un appel téléphonique entre le 10ème et le 21ème jour après la sortie des soins.

En cas de détection d'une situation à risque ou d'appel au centre ressource par le patient, une intervention proactive est mise en place et une consultation aux urgences est proposée dans les 24 heures. Les cartes postales concernent les personnes ne répondant pas aux appels ou refusant les soins.

VigilanS a été mis en place à la suite d'un essai contrôlé randomisé (Vaiva et al., 2006) qui montrait une baisse significative du taux de récurrence de tentative de suicide à 13 mois chez les patients ayant été contactés par téléphone un mois après leur geste. C'est un service à mi-chemin entre la téléconsultation et la télésurveillance.

La Normandie en bénéficie depuis 2017, elle fut la troisième région de France à s'en doter (après le Nord Pas de Calais et le Languedoc-Roussillon) et fait partie des régions pilotes du déploiement de celui-ci (Vazeilles, 2018).

3. Le téléstaff

Dans les résultats de notre étude, c'est le téléstaff qui est l'acte le plus pratiqué (par 35,6% des répondeurs) et le plus envisagé (par 67,3% des répondeurs).

On a pu remarquer, via le retour de l'expérience des téléconsultations du CH du Rouvray, que lorsqu'il existe un programme pérenne et soutenu de téléconsultations au sein d'une structure, les médecins ont plus fréquemment recours à des staffs pluridisciplinaires et à des téléconférences (ARS Haute Normandie, 2013).

Ceci confirme notre hypothèse que le téléstaff est susceptible de bénéficier du développement des actes de téléconsultation et s'inscrit à part entière dans le développement de la télémédecine, de par les échanges interprofessionnels et l'équivalent de téléexpertise qu'il permet.

D'ailleurs, la DGOS dans sa circulaire du 6 mars 2012 stipulait que « les visio-staffs entrent dans la catégorie des téléexpertises car ils permettent de se concerter à distance entre professionnels de santé » (Ministère de la santé, 2012).

4. La téléexpertise

Actuellement, il n'existe pas en Normandie d'appel à projet pour des téléexpertises en psychiatrie et la téléexpertise est peu développée en psychiatrie.

Pour rappel, selon l'Assurance Maladie « la téléexpertise permet à un médecin, dit «médecin requérant », de solliciter un confrère, dit « médecin requis », en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier » (Assurance Maladie, 2019).

Ainsi, le psychiatre (comme tout autre spécialiste) pourrait de part sa « formation particulière », apporter des renseignements utiles à des confrères, qu'ils soient généralistes, d'une autre spécialité, ou au sein même de la psychiatrie.

Ceci est particulièrement applicable avec l'autisme qui est une pathologie transdisciplinaire à la frontière entre la psychiatrie, la pédopsychiatrie, la neurologie, la médecine générale, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, etc, et dont les centres experts sont situés dans les grandes villes uniquement.

En Bretagne, des liaisons de télémédecine à buts multiples ont lieu depuis 2009 entre le centre ressource autisme (CRA) de Brest et l'EPSM de Vannes.

Le CRA y réalise principalement de la téléexpertise, via l'avis d'experts sur le sujet de l'autisme, ainsi que des téléstaffs entre équipes et des téléconsultations, notamment à destination des familles (Saint-André et al., 2011).

Un autre programme de téléexpertise dans le cadre des troubles du spectre autistique, a lieu depuis 2015, entre le centre de diagnostic et d'évaluation de l'autisme de l'hôpital Sainte-Anne et cinq structures médico-sociales de la Région Ile de France. Les téléexpertises auprès des équipes y sont associées à des téléconsultations auprès des familles lors des restitutions de diagnostic notamment. Les évaluations de satisfaction de ce programme, nommé « PROMETTED », sont en cours (Doyen et al., 2018).

Le programme *TISSÉ* en Normandie, que nous avons évoqué précédemment prévoit pour améliorer la prise en charge de l'autisme, la réalisation d'examens cliniques indirects grâce à la visio-conférence et la réalisation de « visio-staffs » (ARS Haute-Normandie, 2013).

D. Contre-indications de la télémédecine, cadre légal et représentations des répondeurs

Les contre-indications à la téléconsultation retrouvées dans la littérature ont toutes été évoquées par les répondeurs de notre étude.

1. Cadre légal

Comme nous l'avons vu précédemment, la HAS a émis un rapport de bonnes pratiques pour les déroulements des téléconsultations (HAS, 2019), néanmoins en dehors du recueil du consentement du patient, aucune contre-indication à la réalisation des actes de télémédecine n'a été formulée ni par la HAS ni par une autre instance Française.

Au Canada, l'AETMIS a émis un rapport de contre-indications à la pratique de la télémédecine, à savoir

« - les patients qui refusent la télémédecine lors d'un processus de consentement, formel ou non,
- les patients violents, instables ou impulsifs,
- les patients présentant un risque de suicide immédiat ou une dangerosité immédiate,
- les patients qui nécessitent un suivi spécial non disponible au site primaire,
- les patients à qui une nouvelle doit être communiquée en personne,
- certaines personnes qui présentent des déficiences auditives, visuelles ou cognitives ne leur permettant pas une communication cohérente par l'entremise de la technologie,
- les patients qui présentent une symptomatologie mentale particulière pouvant être exacerbée par l'utilisation d'une technologie de télécommunications (un patient halluciné par exemple) » (AETMIS, 2006).

Cependant, il n'existe pas d'étude montrant que l'usage de la visioconférence puisse être un facteur de décompensation chez les patients souffrant de troubles psychotiques. On retrouve des résultats en ce sens dès 1986 avec l'étude de Dongier et al. qui décrivait que même les patients schizophrènes avec des idées de référence concernant la télévision avaient une très bonne acceptabilité de la méthode et que cette dernière n'exacerbait pas leurs idées délirantes (Dongier et al., 1986).

2. Spécificités de la discipline psychiatrique

La particularité de la discipline psychiatrique, où l'entretien est à la fois diagnostique et thérapeutique laisse peu de place dans l'imaginaire collectif à la présence non physique du praticien. Pourtant de nombreux psychiatres ont déjà fait l'expérience positive d'une intervention téléphonique auprès des patients, des familles ou des confrères, que ce soit en contexte de crise ou en pratique courante (Massé et al., 2006).

De nombreuses études ont montré l'absence de différence en termes d'évaluation clinique entre la consultation classique et la téléconsultation (Hyler et al., 2005).

Le débit utilisé peut être important : l'étude de Zarate et al. réalisée en 1997 auprès de 45 patients schizophrènes trouvait des résultats aussi fiables en face à face et avec une bande passante de 384 kbps mais les résultats étaient moins fiables avec une bande passante moins élevée (de 128 kbps) (Zarate et al., 1997). Ceci rappelle l'importance d'un équipement technique de qualité avec une connexion internet suffisante.

Néanmoins, l'étude de Matsuura et al. en 2000, réalisée avec les deux vitesses de connexion évoquées ci-dessus, ne confirmait pas la différence significative sur l'évaluation des symptômes selon la bande passante utilisée (Matsuura et al., 2000).

Il est intéressant de noter que dans la revue de la littérature de Aldossary et al., réalisée en Australie 2017, toutes les pratiques de télémédecine recevaient un accueil favorable auprès des patients et les spécialités avec les scores de satisfaction les plus élevés concernaient la médecine d'urgence et la psychiatrie (Aldossary et al., 2017).

Dans notre étude, sept praticiens opposés à la téléconsultation ont précisé que la pratique de la psychiatrie était pour eux indissociable d'une relation en face à face. Selon eux, la téléconsultation entraînerait une détérioration de la relation médecin-patient par perte d'informations non verbales. Cette hypothèse est également avancée par Van Wynsberghe et Gastmans en 2009. Pour ces derniers, les cinq sens du psychiatre doivent être utilisés et l'entretien à distance ne fournirait qu'une information partielle du patient, incompatible avec des soins de qualité (Van Wynsberghe et Gastmans, 2009). Néanmoins, ceux-ci précisent que c'est leur hypothèse et non une vérité établie.

Parmi les principales craintes posées par l'avènement de la télémédecine, il est légitime de se poser la question de la préservation de l'éthique, de la déontologie médicale et la sécurité des données transmises.

Dans la psychiatrie comme dans les autres domaines de la médecine, l'introduction d'une nouvelle technologie telle que la vidéoconférence crée de nouveaux challenges éthiques. L'usage de la santé connectée apparaît comme un troisième acteur de la relation médecin-patient, ne rendant plus l'interaction binaire mais triangulaire. Pour considérer ce nouvel élément, encore faut-il que le médecin et son patient aient confiance en l'outil, ne le considérant pas comme un adversaire mais comme un allié.

Il existe de nombreuses études traitant de la satisfaction des patients face à la télépsychiatrie.

Une revue de la littérature de 32 articles concernant la satisfaction des patients face à la téléconsultation sous forme de visioconférence, dont 10 spécifiquement pour la psychiatrie, a été réalisée par Mair et Whitten en 2000. Celle-ci suggère un niveau élevé de satisfaction des patients et ce quelque soit le pays de l'étude (Mair et Whitten, 2000).

Ces résultats sont confirmés par l'étude de Rowe et al. en 2008 auprès de 230 patients suivis en télépsychiatrie, avec des niveaux de satisfactions élevés à très élevés, les services de téléconsultation étaient perçus comme étant de qualité similaire à ceux en face à face (Rowe et al., 2008).

Une revue plus récente, de Jenkins-Guarnieri et al. en 2015 portant sur quatorze articles confirme ces résultats avec des niveaux de satisfaction et d'alliance des patients pour la méthode élevés (Jenkins-Guarnieri et al., 2015).

On retrouve également une satisfaction élevée des patients et des familles pour la télépsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Blackmon et al. 1997 ; Elford et al., 2001).

Plus encore, des niveaux de satisfactions plus élevés pour la téléconsultation que pour la consultation classique ont été décrits. Ainsi, dans l'étude de King et al., parue en 2009, les patients rapportaient un sentiment d'intimité plus élevé lors de la téléconsultation, tandis que dans l'étude de Pollard et LePage, il s'agissait d'une préférence pour ce mode d'entretien exprimée chez les patients en épisode maniaque ou hypomaniaque (King et al., 2009 ; Pollard et LePage, 2001).

3. En pédopsychiatrie

Les freins évoqués émis pour la téléconsultation en pédopsychiatrie sont notamment la nécessité d'accès à un matériel spécifique.

Ainsi, l'entretien psychiatrique auprès d'enfants est bien souvent médié par le jeu, la construction ou des dessins et ce d'autant plus que l'enfant est petit. Ces différents supports le constituent chez l'enfant un substitut à l'expression verbale.

Pour la psychanalyste Annie Anzieu, le dessin serait une part de l'expression libre du patient, s'inscrivant dans le processus transférentiel. L'accès au dessin est conditionné par trois critères qui sont les possibilités de réalisation psychomotrice liées à l'âge, l'incapacité à s'exprimer de manière satisfaisante en discours formel et l'envie d'utiliser un support concret pour interagir avec le thérapeute (Anzieu, 2008). Celui-ci, en accompagnant le dessin par ses paroles, prête son appareil à penser au petit enfant et l'accompagne dans une forme de « rêverie maternelle » décrite par Bion (Bion, 1962). Ce concept suggère que la mère (ou la fonction contenante exercée par le thérapeute), accueille les éléments violents ressentis par le petit patient et les restitue à celui-ci sous forme de pensée construite.

Une expérience de consultation pédopsychiatrique par vidéoconférence menée par l'équipe de Sulzbacher en 2006 dans l'état de Washington pendant dix-huit mois de Septembre 2001 à Mars 2003, a rapporté que certains enfants préféreraient la vidéo-consultation à la consultation traditionnelle. La présence du médecin derrière l'écran étant décrite comme contenante mais pas envahissante. Lors de cette expérience les jeunes ont pu bénéficier d'instauration ou de modification de traitement et même d'interventions psychothérapeutiques familiales. Pour ceux que les auteurs appellent la « electronic generation », le dispositif vidéo est un tiers rassurant de la relation, un média de communication semblable à celui qu'ils utilisent avec leurs pairs. Celui-ci rend les conditions de psychothérapie favorables pour cette population (Sulzbacher et al., 2006).

L'adolescent est dans un double appel, tantôt appel d'aide, tantôt de rejet de l'autre. L'atout de l'écran permet à l'adolescent d'avoir recours à du soin psychique en ayant le sentiment de ne pas trop s'exposer. Ce mouvement est décrit dans une vignette clinique de téléconsultation par Bernard Astruc. Dans cet exemple, Lilé 17ans, choisit de suivre la téléconsultation dans sa chambre qui lui est un espace familial. Or durant les premiers entretiens celle-ci choisit de rester dans le noir, de ne montrer que ses cheveux, son visage

à peine distinct. Au fur et à mesure des séances, celle-ci laissera entrevoir son visage davantage et finira par ouvrir les rideaux (Astruc, 2015).

Pour les adolescents, l'ordinateur (ou la tablette ou le téléphone), sont considérés comme de l'ordre de l'intime, un prolongement de leur monde interne. Par la téléconsultation, le thérapeute apparaissant dans le monde internalisé de l'adolescent peut y déposer au passage toute la bienveillance et la contenance bénéfiques à celui-ci.

Dans une étude de cas réalisée en Californie par l'équipe de Pakyurek, les adolescents interrogés préféraient la téléconsultation à la consultation classique. Quatre facteurs ressortent de ce point de vue. Ce sont la nouveauté du mode de consultation, la capacité de quitter rapidement l'entretien, la distance supplémentaire (psychologique et physique) et l'authenticité rapportée de l'interaction (Pakyurek et al., 2010).

En ce qui concerne le domaine de la protection de l'enfance, dont la part est très importante en pédopsychiatrie, peu d'expériences ont été menées pour y inclure des services de télépsychiatrie, tant en termes de téléconsultation que de téléexpertise. L'équipe de Pammer a mené une expérience en Floride en 2001 depuis les services experts sur la maltraitance et la négligence, à destination des services de pédiatrie de la région. Bien que les enfants furent très à l'aise avec l'utilisation de la nouvelle technologie, le projet ne s'est pas pérennisé en raison de l'insuffisance de formation du personnel sur place et du manque de locaux suffisamment adaptés (Pammer et al., 2001). Il n'y a pas eu d'autre programme en ce sens mené à notre connaissance depuis.

4. Pour les patients souffrant de troubles psychotiques

Des répondeurs ont évoqué que les troubles psychotiques pouvaient être une contre-indication à la téléconsultation.

Ceci est concordant avec les contre-indications de l'AETMIS évoquées précédemment dans notre travail, à savoir « les patients qui présentent une symptomatologie mentale particulière pouvant être exacerbée par l'utilisation d'une technologie de télécommunications (un patient halluciné par exemple) ».

Les pathologies du "spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques", incluent la schizotypie, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, le trouble schizophréniforme, la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, les troubles psychotiques liés à un abus de

substances, les troubles psychotiques liés à une maladie autre, la catatonie et un ensemble incluant la schizophrénie non spécifiée et les autres troubles psychotiques (American Psychiatric Association, 2015).

Les répondeurs ont évoqué leur crainte que l'écran favorise les idées délirantes via la dissociation entraînée par la présence non physique du praticien ou le renforcement d'un syndrome d'influence médié par l'ordinateur.

En ce sens, l'équipe de Sharp et al. a réalisé en 2011 une revue de la littérature à propos de la perception de la téléconsultation par les patients souffrants de troubles psychotiques. Les résultats ne retrouvaient pas de preuves objectivant que la vidéoconférence pourrait conduire à une exacerbation des symptômes (Sharp et al., 2011).

Les résultats de l'étude de Magaletta rapportaient une préférence des patients souffrants de schizophrénie pour la téléconsultation par rapport à la consultation classique (Magaletta et al., 2000). L'une des explications avancée par les auteurs est que les individus souffrant de troubles de la pensée sont surexcités dans les relations sociales et interpersonnelles, ainsi la distance permise par l'outil informatique permet de réduire leur anxiété.

En ce qui concerne l'évaluation clinique des symptômes, une expérience de tests neuropsychologiques menée auprès de jeunes patients en cours de premier épisode psychotique ne retrouvait pas de différence significative entre l'évaluation en face à face et celle en visioconférence (Stain et al., 2011).

5. Pour les patients en crise suicidaire ou à risque suicidaire

Certains praticiens ont répondu ne pas envisager la téléconsultation avec un patient en crise suicidaire. Ceci est en accord avec les contre-indications de l'AETMIS évoquées précédemment.

Un case report de Freudenberg et Yellowlees en 2014, rapporte le cas d'un adolescent suivi en téléconsultation qui aurait émis des propos suicidaires à voix basse, inaudibles par le micro de la webcam (entendus secondairement grâce à l'enregistrement effectué). L'entretien fut le suivant « do you have plans to hurt or kill yourself ? – No » puis le patient aurait ajouté « not today » ; ce qui n'a pas été perçu par le praticien. Or le patient s'est suicidé deux jours après. Nul ne peut savoir si le suicide aurait pu être évité si les propos avaient été entendus ou émis lors d'une consultation en face à face. Néanmoins, il y a eu une perte d'information clinique liée à l'utilisation de la téléconsultation.

Ce drame rappelle le caractère primordial d'un équipement matériel de qualité, la nécessaire absence de dangerosité immédiate et l'assurance de bonnes conditions présentes sur place pour le patient à la suite de l'entretien (Freudenberg et Yellowlees, 2014).

Néanmoins, couplée au protocole Vigilans que nous avons évoqué précédemment, la téléconsultation pourrait être un moyen de réponse quasi immédiat d'une demande d'aide en attendant que le patient puisse se déplacer physiquement aux urgences.

E. Données de la littérature et perspectives

1. En périnatalité

La période périnatale est une période à haut risque sur le plan psychique.

En plus des risques de décompenser une pathologie psychiatrique déjà existante, via les stress physiques et psychiques engendrés, viennent se surajouter des risques de développer notamment des troubles anxieux, des troubles de l'humeur avec le post partum blues, une dépression anté ou post-natale ou encore une psychose puerpérale (Faure et al., 2008).

Cette période, où le soin psychique est particulièrement important et où il se doit d'être accessible facilement, est paradoxalement la période où les femmes sont le moins mobiles. La télépsychiatrie est donc particulièrement adaptée dans ce contexte.

En ce sens, le Dr Fanny Jacq a créé en 2017 la plateforme de téléconsultation *Doctoconsult* (devenu *Doctopsy* en septembre 2019) à destination des patientes en péripartum (celui-ci s'est ensuite diversifié à destination d'autres troubles psychiques) (Martin, 2019).

La dépression post-natale (ou dépression du post-partum) touche environ 13% des femmes dans les 3 mois qui suivent l'accouchement, mais parmi celles-ci, moins de la moitié ose avoir recours aux soins psychiques par crainte du jugement sociétal (Austin et al., 2008).

Dans un essai clinique contrôlé randomisé, Milgrom et al. ont testé l'efficacité d'un programme d'intervention par internet en six sessions, baptisé « *MumMoodBooster* », auprès de femmes souffrant de dépression postnatale, comparés à six sessions d'entretien clinique classique (Milgrom et al., 2016). A la fin des douze semaines, les scores sur l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II) ont montré une réduction significativement plus importante du score dans le groupe d'intervention par *MumMoodBooster* que dans le groupe

classique. Egalement, l'adhésion par les patientes et la satisfaction à l'égard du programme étaient élevées.

Bien que les effectifs de l'étude étaient relativement faibles (43 sujets), ces résultats sont encourageants, l'équipe de Milgrom est en train de mener un nouvel essai comparatif sur un échantillon de plus grand effectif.

L'équipe de Ngai et al. a, quant à elle, effectué un essai contrôlé randomisé multicentrique auprès de 397 femmes souffrant de dépression du post-partum dans la région de Hong Kong en évaluant les effets d'une TCC par téléphone face à une thérapie classique.

Les résultats évalués à six semaines puis reconfirmés à six mois en post natal, montraient une réduction significativement plus importante des symptômes dépressifs avec la TCC par téléphone que par des soins classiques dans la période du post-partum (Ngai et al., 2015).

Ces résultats sont prometteurs, l'intervention par téléphone ou internet semble être une option de traitement réalisable et efficace, potentiellement accessible à un grand nombre de femmes ne pouvant pas se déplacer dans cette période particulière du post-partum ou n'osant pas faire appel à une thérapie classique.

2. A destination des détenus

Nous avons omis d'évoquer la prison comme lieu de déroulement potentiel de la téléconsultation (annexe 1, question 12), et celle-ci n'a pas été évoquée dans les réponses libres.

C'est pourtant un lieu pour lequel la télépsychiatrie a toute sa place afin de favoriser l'accès aux soins des détenus.

Partant du principe que le suicide est l'une des principales causes de décès en prison à travers le monde et qu'en France le taux de décès par suicide est 7 fois plus élevé en prison qu'en population générale (18,5 pour 10 000 détenus), le CHU de Lille teste depuis Janvier 2019 le dispositif *VigilanS* au sein des établissements pénitentiaires et envisage de le poursuivre à six mois et un an après la sortie de prison (Eck et al., 2019).

Le développement de la télémédecine en prison fait partie d'une des priorités du gouvernement et la volonté du déploiement de la télémédecine en prison a été réitérée le 2 juillet 2019 (Ministère de la Justice, 2019). En France, on comptait 71 828 détenus incarcérés au premier avril 2019. Des lieux dédiés de consultations médico-psychologiques sont prévus dans certaines prisons : les services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

Hélas, il n'existe actuellement que 26 SMPR pour 188 établissements pénitentiaires en France. En Normandie, nous disposons de deux SMPR (un à la maison d'arrêt de Caen et un à la maison d'arrêt de Rouen), pour 9 établissements pénitentiaires (Ministère de la justice).

Une étude menée entre 2002 et 2004 aux Etats Unis a permis de délivrer à des adolescents détenus des consultations de télépsychiatrie par visioconférence (Myers et al., 2006).

La satisfaction des patients était haute (4,16/5) et a donné lieu à une prescription médicamenteuse chez 80% des patients.

L'étude de Morgan et al. réalisée en 2008, a comparé la perception de 186 détenus sur une intervention psychiatrique par téléconsultation et en face à face. Les résultats n'indiquaient aucune différence significative dans la perception des détenus face à l'alliance avec le médecin, de l'humeur à la fin des sessions et de la satisfaction générale à l'égard des services (Morgan et al., 2008).

3. A destination des expatriés

Les expatriés, de par la durée de leur voyage et le déracinement que celui-ci provoque, sont une population particulièrement à risque de développer ou de décompenser des affections psychiatriques. Le choc culturel, plus communément appelé le « mal du pays » est lié aux pertes de cadres et de repères engendrés par l'arrivée dans une nouvelle culture. Il peut se manifester sur les plans intellectuel, émotionnel, comportemental et physique (Stewart et Legatt, 1998).

Au choc culturel s'ajoutent le décalage horaire, la peur de l'avion, les différences climatiques, la prise de médicaments tels que la prophylaxie anti-palustre, la déshydratation et les affections somatiques diverses, qui sont tant de facteurs susceptibles d'entraîner des décompensations psychotiques, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux ou des abus de substances (Eytan et Loutan, 2006).

Selon Vermersch et al., la survenue d'épisodes psychotiques aigus à l'étranger seraient responsables de 10 à 20% des causes de rapatriements sanitaires (Vermersch et al., 2014).

Les expatriés sont donc une population doublement à risque, tant par le stress engendré via la situation en elle-même que par le manque de praticien de la même culture présent sur place ; ce qui en fait une population tout à fait éligible à la téléconsultation.

Face à ce constat, des praticiens ayant été eux-mêmes expatriés ont créé sous la direction du Dr Astruc, le site *Eutelmed* pour dispenser des soins psychiatriques et psychologiques à destination des expatriés français (Mathieu-Fritz, 2018).

VI. CONCLUSION

Le développement d'internet et des nouvelles technologies est en plein essor dans notre pays. Ceux-ci, particulièrement dans le domaine de la santé, doivent être utilisés de façon réfléchie et dans le respect des règles éthiques et déontologiques usuelles en médecine traditionnelle.

Nous avons choisi d'évoquer le téléstaff dans notre étude sur la télémédecine car nous le considérons comme très susceptible de profiter du développement des nouvelles technologies. Celui-ci reçoit un accueil très favorable chez les psychiatres répondeurs, avec 35,6% en ayant déjà pratiqué et 67,3% qui souhaiteraient le pratiquer.

La téléexpertise, avec 18,9% d'intention de pratique, est peu envisagée par les psychiatres Normands. De fait, bien que celle-ci ait été testée avec succès pour l'autisme en Bretagne et en région parisienne, celle-ci ne fait pas à ce jour partie des appels à projets soutenus par l'ARS Normandie.

La télésurveillance est utilisée ce jour avec succès à propos de la surveillance du risque suicidaire via le protocole Vigilans, et l'on pourrait envisager de l'étayer avec des téléconsultations de post-urgence.

La téléconsultation est applicable à la pratique de la psychiatrie. Néanmoins, la téléconsultation ne peut être réduite au simple fait de pratiquer une consultation à distance car celle-ci revisite de manière non négligeable la relation médecin-patient. Le principal argument des opposants à la téléconsultation est la perte de contact humain.

Dans notre étude, la téléconsultation reçoit un accueil favorable chez les psychiatres Normands avec 55,8% des répondeurs la considérant comme envisageable. Néanmoins, seulement 47,2% des répondeurs se sont dits prêts à en effectuer eux-mêmes, l'accueil est donc mitigé face à cette pratique dans laquelle les pouvoirs publics placent pourtant tant d'espoirs et de moyens.

Dans les pays où celle-ci est pratiquée à grande échelle, la téléconsultation est perçue de façon positive unanimement, tant de la part des psychiatres que des patients. Localement, les retours de l'expérience réalisée au Rouvray depuis 2008 appuient ces résultats. De plus, bien qu'il existe probablement un biais de publication, aucune étude n'a montré l'infériorité de la téléconsultation par rapport à la consultation classique en termes d'évaluation, d'amélioration thérapeutique ou d'adhésion aux soins.

Face à une démographie psychiatrique particulièrement inquiétante en Normandie et à l'accroissement des inégalités territoriales d'accès aux soins, la téléconsultation pourrait être une solution envisageable. L'éloignement géographique subit par le patient est déploré par 54,7% des répondants, et l'on constate que les psychiatres dont les patients sont éloignés géographiquement sont significativement plus enclins à envisager la téléconsultation que les autres.

Les réponses ne sont pas homogènes en fonction de la sous-spécialité envisagée, ainsi la psychiatrie adulte est décrite comme la plus susceptible de se prêter à la téléconsultation pour une majorité des répondants, alors que les autres disciplines telles que l'addictologie et plus encore la pédopsychiatrie sont jugées comme peu éligibles pour la pratique à distance.

Les psychiatres libéraux n'envisagent pas davantage la téléconsultation que les psychiatres salariés. Ils sont en revanche davantage prêts à téléconsulter depuis leur domicile.

L'âge n'ayant pas semblé être un facteur significatif en matière de représentation face à la télémédecine, le changement de mentalité ne se ferait donc pas forcément via les pratiques de la jeune génération de psychiatres.

Les expériences de télépsychiatrie, en France comme à l'étranger, ont permis d'atteindre des populations qui n'auraient pas eu accès aux soins en l'absence de celle-ci, tels que les détenus, les patients en EHPAD, les femmes en péripartum ou les français expatriés notamment.

Des campagnes de communication à grande échelle, l'accès facilité à du matériel technique de qualité ou encore l'instauration de cours de télémédecine à la faculté, pourraient être des moyens pour que les praticiens puissent choisir de se tourner vers la pratique de la téléconsultation ou non en toute objectivité.

Bibliographie

- Abbate JE. From ARPANET to Internet : A history of ARPA -sponsored computer networks, 1966--1988. Diss. Available ProQuest - Univ. Pennsylvania. 1994; 1-185.
- AETMIS Pineau G, Moqadem K, Saint-Hilaire C. Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie (No. 2). 2006.
- Agha Z, Schapira RM, Laud PW, McNutt G, Roter DL. Patient satisfaction with physician-patient communication during telemedicine. *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 2009; 15: 830-839.
- AIDossary S, Martin-Khan MG, Bradford NK, Smith AC. A systematic review of the methodologies used to evaluate telemedicine service initiatives in hospital facilities. *Int. J. Med. Inf.* 2017; 97: 171-194.
- Allen A, Grigsby B. 5th annual program survey--Part 2. Consultation activity in 35 specialties. *Telemed. Today.* 1998; 6: 18-19.
- American Psychiatric Association. DSM V - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Elsevier-Masson. ed. 2015;. Paris.
- American Psychiatric Association. Telepsychiatry Via Videoconferencing. July 1998.
- American Telemedicine Association, Turvey C, Coleman M, Dennison O, Drude K, Goldenson M et al. Practice guidelines for video-based online mental health services. 2013.
- Anzieu A, Barbey L, Bernard-Nez J, Daymas S. Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant, *Psychothérapies.* Dunod, Paris ; 2008.
- ARS Normandie. Prévention du suicide. URL <http://www.normandie.ars.sante.fr/prevention-du-suicide> (consulté le 28/07/2019).
- ARS Haute Normandie. Programme de développement de la télémédecine de Haute Normandie. 2013.
- ARS Normandie. Signature de la charte régionale de télémédecine : l'ARS s'engage pour le déploiement de la télémédecine en Normandie. 2019. URL <http://www.normandie.ars.sante.fr/signature-de-la-charte-regionale-de-telemedecine-lars-sengage-pour-le-deploiement-de-la> (consulté le 23/9/19).
- ASIP Santé. ASIP Santé, l'agence française de la santé numérique. URL <https://esante.gouv.fr/> (consulté le 23/09/19).
- Assurance Maladie. La téléexpertise. 2019. URL <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleexpertise> (consulté le 04/10/19).
- Assurance Maladie. Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation (Dossier de presse). 2019.

- Assurance Maladie. Téléconsultation : les prérequis techniques. 2019. URL <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/teleconsultation-les-prerequis-techniques> (consulté le 8.23.19).
- Astruc B, Latrouite-Ma M, Chaudot C. Thérapies d'adolescents par vidéo-consultation. *Adolescence*. 2015; T.33 n° 3: 573-582.
- Aubret-Cuvelier B. *Télé médecine : la fin des territoires, une nouvelle donne*. Editions de l'aube. ed. 2002; Datar.
- Austin MP, Frilingos M, Lumley J, Hadzi-Pavlovic D, Roncolato W, Acland S, et al. Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *J. Affect. Disord.* 2008; 105: 35-44.
- Barrel J. SmartMedicase: la solution qui propose (déjà) la vidéo à distance pour les services d'urgence. 2019. URL [https://www.ticsante.com/story/4786/smartmedicase-la-solution-qui-propose-\(deja\)-la-video-a-distance-pour-les-services-d-urgence.html](https://www.ticsante.com/story/4786/smartmedicase-la-solution-qui-propose-(deja)-la-video-a-distance-pour-les-services-d-urgence.html) (consulté le 10/10/19).
- Béranger J, Mancini J, Dufour JC, Le Coz P. Évaluation éthique des systèmes d'information auprès des acteurs de santé. *Eur. Res. Telemed. Rech. Eur. En Télé médecine*. 2013; 2: 83-92.
- Berrouiguet S, Barrigón ML, Castroman JL, Courtet P, Artés-Rodríguez A, Baca-García E. Combining mobile-health (mHealth) and artificial intelligence (AI) methods to avoid suicide attempts: the Smartcrises study protocol. *BMC Psychiatry*. 2019; 19: 277.
- Bion W.R. *Aux sources de l'expérience*, Bibliothèque de psychanalyse. 1962; PUF, Paris.
- Blackmon L, Kaak H, Ranseen J. Consumer satisfaction with telemedicine child psychiatry consultation in rural Kentucky. - PubMed - NCBI. *Psychiatr. Serv. Wash. DC*. 1997; 48.
- Bouet P, Mourgues JM. *Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. Situation au premier Janvier 2018*. CNOM.
- Brown FW. Rural telepsychiatry. *Psychiatr. Serv. Wash. DC*. 1998; 49: 963-964.
- Carré E, David M. *Télé médecine : représentations et expériences des médecins généralistes : Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes du Languedoc-Roussillon*. [Thèse de doctorat en Médecine]. 2013; Montpellier.
- CNG santé. Rangs limites. 2019. URL <https://www.cngsante.fr/chiron/celine/limite.html> (consulté le 27/09/2019).
- CNIL Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. *Télé médecine : comment protéger les données des patients ?* 2018. URL <https://www.cnil.fr/fr/telemedecine-comment-protoger-les-donnees-des-patients> (consulté le 06/10/2019).

- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au premier Janvier 2016.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale. 2019. URL <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale> (consulté le 15/08/2019).
- Conseil National de l'Ordre des Médecins. Le serment d'Hippocrate. 2019. URL <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
- Courtet P. Le CHU de Montpellier teste une appli de prévention du risque suicidaire. 2019. URL <https://www.ticsante.com/story/4511/le-chu-de-montpellier-teste-une-appli-de-prevention-du-risque-suicidaire.html> (consulté le 10/09/2019).
- Cukor P, Baer L, Willis BS, Leahy L, O'Laughlen J, Murphy M et al. Use of videophones and low-cost standard telephone lines to provide a social presence in telepsychiatry. *Telemed. J. Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 1998; 4: 313-321.
- Cullum CM, Weiner MF, Gehrman HR, Hynan LS. Feasibility of telecognitive assessment in dementia. *Assessment.* 2006; 13: 385-390.
- Desbordes M, Nebout S, Grès H, Guillin O, Haouzir S. La télémédecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives. *NPG Neurol. -Psychiatr. - Gériatrie.* 2015; 15: 270-273.
- DGOS Guide d'accompagnement pour l'expression des besoins en infrastructures à haut et très haut débit pour le déploiement des projets de télémédecine. 2013.
- Dongier M, Tempier R, Lanilec-Michaud M, Meunier D. Telepsychiatry: psychiatric consultation through two-way television. A controlled study. - PubMed - NCBI. *Can. J. Psychiatry.* 1986; 31: 32-34.
- Doyen CM, Oreve MJ, Desailly E, Goupil V, Zarca K, L'Hermitte Y et al. Telepsychiatry for Children and Adolescents: A Review of the PROMETTED Project. *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 2018; 24: 3-10.
- Durupt M, Bouchy O. La télémédecine en zones rurales : représentations et expériences de médecins généralistes. *Santé Publique.* 2016; 28: 487-497.
- Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chee CC et al. Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. *Presse Médicale.* 2019; 48: 46-54.
- El Alaoui S, Hedman E, Kaldo V, Hesser H, Kraepelien M, Andersson E et al. Effectiveness of Internet-based cognitive-behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2015; 83: 902-914.
- Elford DR. Telemedicine in northern Norway. *J. Telemed. Telecare.* 1997; 3: 1-22.

- Elford DR., White H., St John K., Maddigan B., Ghandi M., Bowering R. A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. *J. Telemed. Telecare*. 2001; 7: 73-81.
- Eysenbach G, Sa ER, Diepgen TL. Shopping around the internet today and tomorrow: towards the millennium of cybermedicine. *BMJ*. 1999; 319: 1294.
- Eytan A, Loutan L. Voyages et problèmes psychiatriques. *Rev Med Suisse*. 2006; 2.
- Fatehi F, Wootton R. Telemedicine, telehealth or e-health ? A bibliometric analysis of the trends in the use of these terms. *J. Telemedecine Telecare*. 2012; 18(8): 460-464.
- Faure K, Legras M, Chocard AS, Duverger P. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *Rev. Prat*. 2008; 58: 1475-1482.
- Freudenberg N, Yellowlees PM. Telepsychiatry as Part of a Comprehensive Care Plan. *Virtual Mentor VM*. 2014; 16: 964-968.
- Gaglio G, Mathieu-Fritz A. Les pratiques médicales et soignantes à distance. *Reseaux*. 2018; n° 207: 9-24.
- García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. What about telepsychiatry? A systematic review. *Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry*. 2010; 12.
- GCS Normand'e-santé. Missions et objectifs de Normand'e-santé. URL <http://www.normand-esante.fr/presentation-de-normand-e-sante/missions-et-objectifs/> (consulté le 23/08/19).
- Gouvernement. Le Plan France Très Haut Débit. *Gouvernement.fr*. 2017. URL <https://www.gouvernement.fr/action/le-plan-france-tres-haut-debit> (consulté le 22/01/2019).
- Haller C, Lafargue A. Médecins généralistes et télémédecine en EHPAD : représentations, attentes et expériences. [Thèse de doctorat en médecine]. 2018. Bordeaux.
- HAS Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise : rapport d'élaboration des guides de bonnes pratiques. 2019.
- Hauben R. À la recherche des pères fondateurs d'Internet. *Multitudes*. 2003; no 11: 193-199.
- Hildebrand R, Chow H, Williams C, Nelson M, Wass P. Feasibility of neuropsychological testing of older adults via videoconference: implications for assessing the capacity for independent living. *J. Telemed. Telecare*. 2004; 10: 130-134.
- Hylar SE, Gangure DP, Batchelder ST. Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectr*. 2005; 10: 403-413.
- Insee. Bilan démographique 2018. 2019.

- Jenkins-Guarnieri MA, Pruitt LD, Luxton DD, Johnson K. Patient Perceptions of Telemental Health: Systematic Review of Direct Comparisons to In-Person Psychotherapeutic Treatments. *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 2015; 21: 652-660.
- Journal Officiel de la République Française. AVENANT n°6 convention médicale - arrêté du 1er août 2018. N 183. 2018; 2-8.
- Journal Officiel de la République Française. Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie. 2019.
- Journal Officiel de la République Française. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. , 2010-1229. 2010.
- King VL, Stoller KB, Kidorf M, Kindbom K, Hursh S, Brady T et al. Assessing the effectiveness of an Internet-based videoconferencing platform for delivering intensified substance abuse counseling. *J. Subst. Abuse Treat.* 2009; 36: 331-338.
- Kopel H, Nunn K, Dossetor D. Evaluating satisfaction with a child and adolescent psychological telemedicine outreach service. *J. Telemed. Telecare.* 2001; 7 Suppl 2: 35-40.
- Lasbordes P, Ministère de la santé. La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être. (Un plan quinquennal éco-responsable pour le déploiement de la télésanté en France). 2009.
- Légifrance. Décret n°86-442 du 14 mars 1986 relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires. Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/> (consulté le 26/05/2019).
- Légifrance. Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. - Article 44.
- Légifrance. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 2004.
- Légifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Loh PK, Ramesh P, Maher S, Saligari J, Flicker L, Goldswain P. Can patients with dementia be assessed at a distance? The use of Telehealth and standardised assessments. *Intern. Med. J.* 2004; 34: 239-242.
- Magaletta PR, Fagan TJ, Peyrot MF. Telehealth in the Federal Bureau of Prisons: Inmates' perceptions. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 2000; 31: 497-502.
- Mair F, Whitten P. Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine. *BMJ.* 2000; 320: 1517-1520.

- Martin L. Doctoconsult : la téléconsultation dédiée à la psychiatrie. M-Soigner. 2019. URL <https://www.m-soigner.com/pratiques/doctoconsult-la-teleconsultation-dediee-a-la-psychiatrie.html> (consulté le 04/09/2019).
- Massé G, Frappier A, Kannas S. Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française. *Inf. Psychiatr.* 2006; 82: 801-810.
- Mathiasen K, Riper H, Andersen TE, Roessler KK. Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Adult Depression and Anxiety in Routine Secondary Care: Observational Study. *J. Med. Internet Res.* 2018; 20: e10927.
- Mathiasen K, Riper H, Ehlers LH, Valentin JB, Rosenberg NK. Internet-based CBT for social phobia and panic disorder in a specialised anxiety clinic in routine care: Results of a pilot randomised controlled trial. *Internet Interv.* 2016; 4: 92-98.
- Mathieu-Fritz A. Les téléconsultations en santé mentale. Comment établir la relation psychothérapeutique à distance. *Réseaux.* 2018; 1: 123-164.
- Matsuura S, Hosaka T, Yukiyaama T, Ogushi Y, Okada Y, Haruki Y et al. Application of telepsychiatry: a preliminary study. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2000; 54: 55-58.
- Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, Holt C, Holt CJ, Seeley JR et al. Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *J. Med. Internet Res.* 2016; 18: e54.
- Ministère de la justice, Belloubet N, Dubos C. Feuille de route Santé en Prison. [justice.gouv.fr](http://www.presse.justice.gouv.fr/communiqués-de-presse-10095/communique-de-2019-12931/feuille-de-route-sante-en-prison-32525.html). 2019. URL <http://www.presse.justice.gouv.fr/communiqués-de-presse-10095/communique-de-2019-12931/feuille-de-route-sante-en-prison-32525.html> (consulté le 20/08/19).
- Ministère de la justice. Les chiffres clefs. URL <http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041> (consulté le 20/08/2019).
- Ministère de la santé. Circulaire DGOS/R4/R3/PF3 no 2012-106 - Organisation des établissements de santé. 2012.
- Ministère de la santé et de la protection sociale. Bulletin Officiel n°2004-517. 2004. URL <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm> (consulté le 26/05/2019).
- Ministère de la santé et de la protection sociale B.O. Circulaire DGOS/PF3 no 2011-451 du 1er décembre 2011 relative au guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine. 2012; 105-178.
- Modai I, Jabarin M, Kurs R, Barak P, Hanan I, Kitain L. Cost effectiveness, safety, and satisfaction with video telepsychiatry versus face-to-face care in ambulatory settings. *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 2006; 12: 515-520.

- Mohr DC, Duffecy J, Reifler D, Sokol L, Burns MN et al. Effect of telephone-administered vs face-to-face cognitive behavioral therapy on adherence to therapy and depression outcomes among primary care patients: a randomized trial. *JAMA*. 2012; 307: 2278-2285.
- Morgan RD, Patrick AR, Magaletta PR. Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76: 158-162.
- Murphy RL, Bird KT. Telediagnosis: a new community health resource. Observations on the feasibility of telediagnosis based on 1000 patient transactions. *Am. J. Public Health*. 1974; 64: 113-119.
- Myers K, Valentine J, Morganthaler R, Melzer S. Telepsychiatry with incarcerated youth. *J. Adolesc. Health Off. Publ. Soc. Adolesc. Med.* 2006; 38: 643-648.
- Nebout S, Guillin O. La téléconsultation en psychiatrie: une étude de faisabilité en Haute-Normandie [Mémoire pour l'obtention du DES de Psychiatrie]. 2008 ; Université de Rouen.
- Ngai FW, Wong PC, Leung KY, Chau PH, Chung KF. The Effect of Telephone-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial. *Psychother. Psychosom.* 2015; 84: 294-303.
- Oh H, Rizo C, Murray E, Jadad A. What is eHealth (3): a systematic review of published definitions. *J Med Internet Res.* 2005.
- O'Reilly R, Bishop J, Maddox K, Hutchinson L, Fisman M, Takhar J. Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. *Psychiatr. Serv. Wash. DC.* 2007; 58: 836-843.
- Paille R. Télémédecine : applications et perspectives en psychiatrie. [Thèse de doctorat en médecine] 2015; Angers.
- Pakyurek M, Yellowlees P, Hilty D. The child and adolescent telepsychiatry consultation: can it be a more effective clinical process for certain patients than conventional practice? *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 2010; 16: 289-292.
- Pammer W, Haney M, Lmhc N, Wood B, Brooks R, Morse K et al. Use of Telehealth Technology to Extend Child Protection Team Services. *Pediatrics.* 2001; 108: 584-90.
- Pollard SE, LePage JP. Telepsychiatry in a rural inpatient setting. *Psychiatr. Serv. Wash. DC.* 2001; 52: 1659.
- Poon P, Hui E, Dai D, Kwok T, Woo J. Cognitive intervention for community-dwelling older persons with memory problems: telemedicine versus face-to-face treatment. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2005; 20: 285-286.

- Romijn G, Batelaan N, Kok R, Koning J, van Balkom A, Titov N et al. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety Disorders in Open Community Versus Clinical Service Recruitment: Meta-Analysis. *J. Med. Internet Res.* 2019; 21: e1
- Rowe N, Gibson S, Morley S, Krupinski EA. Ten-year experience of a private nonprofit telepsychiatry service. *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 2008; 14: 1078-1086.
- Ruscio AM, Brown TA, Chiu WT, Sareen J, Stein MB, Kessler RC. Social fears and social phobia in the USA: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol. Med.* 2008; 38: 15-28.
- Sabin JE, Skimming K. A framework of ethics for telepsychiatry practice. *Int. Rev. Psychiatry Abingdon Engl.* 2015; 27: 490-495.
- Saint-André S, Neira Zalentein W, Robin D, Lazartigues A. La télépsychiatrie au service de l'autisme. *L'Encéphale.* 2011; 37: 18-24.
- Sénat. La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe. 2019.
- Seritan AL, Heiry M, Iosif AM, Dodge M, Ostrem JL. Telepsychiatry for patients with movement disorders: a feasibility and patient satisfaction study. *J. Clin. Mov. Disord.* 2019; 6: 1.
- Sharp IR, Kobak KA, Osman DA. The use of videoconferencing with patients with psychosis: a review of the literature. *Ann. Gen. Psychiatry.* 2011; 10: 14.
- Shore J. The evolution and history of telepsychiatry and its impact on psychiatric care: Current implications for psychiatrists and psychiatric organizations. *Int. Rev. Psychiatry Abingdon Engl.* 2015; 27: 469-475.
- Shore JH, Hilty DM, Yellowlees P. Emergency Management Guidelines for Telepsychiatry. *Gen. Hosp. Psychiatry.* 2007; 29: 199-206.
- Shores MM, Ryan-Dykes P, Williams RM, Mamerto B, Sadak T, Pascualy M et al. Identifying undiagnosed dementia in residential care veterans: comparing telemedicine to in-person clinical examination. *Int. J. Geriatr. Psychiatry.* 2004; 19: 101-108.
- Simon P, Lucas J. La télémédecine n'est pas du e-commerce mais de la médecine clinique. *Eur. Res. Telemed.* 2014; 3: 27-34.
- Singh GK, Siahpush M. Increasing Rural–Urban Gradients in US Suicide Mortality, 1970–1997. *Am. J. Public Health.* 2002; 92: 1161-1167.
- Solow C, Weiss RJ, Bergen BJ, Sanborn CJ. 24-hour psychiatric consultation via TV. *Am. J. Psychiatry.* 1971; 127: 1684-1687.
- Southard E, Neufeld J, Laws S. Telemental health evaluations enhance access and efficiency in a critical access hospital emergency department. 2014; 20: 664-668.

- Stab P. La téléconsultation en psychiatrie, évaluation d'une expérience originale dans le haut pays niçois [Thèse de doctorat en médecine]. 2001;. Louis Pasteur, Strasbourg.
- Stain HJ, Payne K, Thienel R, Michie P, Carr V, Kelly B. The feasibility of videoconferencing for neuropsychological assessments of rural youth experiencing early psychosis. *J. Telemed. Telecare*. 2011; 17: 328-331.
- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet Lond. Engl.* 2008; 371: 1115-1125.
- Stewart L, Legatt PA. Culture shock and travelers. - PubMed - NCBI. *J. Travel Med.* 1998; 2: 84-88.
- Sulzbacher S, Vallin T, Waetzig EZ. Telepsychiatry improves paediatric behavioural health care in rural communities. *J. Telemed. Telecare*. 2006; 12: 285-288.
- Taylor R, Page A, Morrell S, Harrison J, Carter G. Social and psychiatric influences on urban-rural differentials in Australian suicide. *Suicide Life. Threat. Behav.* 2005; 35: 277-290.
- The Lancet E. Telemedicine: fad or future? *Lancet Lond. Engl.* 1995; 345: 73-74.
- Turner CM, Mataix-Cols D, Lovell K, Krebs G, Lang K, Byford S et al. Telephone cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled non-inferiority trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2014; 53: 1298-1307.e2.
- Université de Sherbrook, Québec C. PIB par habitant, 1980. URL <http://perspective.usherbrooke.ca> (consulté le 17/08/2019).
- Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ.* 2006; 332: 1241-1245.
- Van Wynsberghe A, Gastmans C. Telepsychiatry and the meaning of in-person contact: a preliminary ethical appraisal. *Med. Health Care Philos.* 2009; 12: 469-476.
- Vazeilles I. Prévention post-hospitalière de la récurrence suicidaire. L'exemple multirégionale du dispositif Vigilans. 2018;. Rencontres de santé publique, Paris.
- Vermersch C, Geoffroy PA, Fovet T, Thomas P, Amad A. [Travel and psychotic disorders: clinical aspects and practical recommendations]. *Presse Medicale Paris Fr.* 2014; 43: 1317-1324.
- Vestal L, Smith-Olinde L, Hicks G, Hutton T, Hart J. Efficacy of language assessment in Alzheimer's disease: comparing in-person examination and telemedicine. *Clin. Interv. Aging.* 2006; 1: 467-471.
- Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005; 62: 629-640.

- Weiner MF, Rossetti HC, Harrah K. Videoconference diagnosis and management of Choctaw Indian dementia patients. *Alzheimers Dement. J. Alzheimers Assoc.* 2011; 7: 562-566.
- Williams TL, May CR, Esmail A. Limitations of patient satisfaction studies in telehealthcare: a systematic review of the literature. *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 2001; 7: 293-316.
- World Health Organization. *A Health Telematics Policy.* 1997; Geneve.
- Yellowlees P, Burke MM, Marks SL, Hilty DM, Shore JH. Emergency telepsychiatry. *J. Telemed. Telecare.* 2008; 14: 277-281.
- Yellowlees P, Shore J, Roberts L, American Telemedicine Association. Practice guidelines for videoconferencing-based telemental health - October 2009. *Telemed. J. E-Health Off. J. Am. Telemed. Assoc.* 2010; 16: 1074-1089.
- Zarate CA, Weinstock L, Cukor P, Morabito C, Leahy L, Burns C et al. Applicability of telemedicine for assessing patients with schizophrenia: acceptance and reliability. *J. Clin. Psychiatry.* 1997; 58: 22-25.
- Zundel KM. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bull. Med. Libr. Assoc.* 1996; 84: 71-79.

Annexe 1 : Questionnaire

Thèse de Psychiatrie : *Télémédecine en Psychiatrie Normande*

Madame, Monsieur,

Je me permets de vous adresser dans le cadre de ma thèse sur la *Télémédecine en Psychiatrie Normande*, un court questionnaire visant à évaluer les pratiques, attentes et perceptions des psychiatres normands concernant l'application de la télémédecine en psychiatrie.

Si vous pouviez prendre quelques minutes de votre temps afin d'y répondre, cela me serait d'une grande aide pour mon travail et permettrait de mettre en lumière les représentations actuelles face à cette nouvelle pratique de la psychiatrie. Je joins à ce questionnaire une enveloppe timbrée pour le retour.

Si vous souhaitez être informé des résultats de l'étude, vous pouvez noter votre courriel à la fin du questionnaire.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous pourriez porter à mon travail,

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, mes salutations les plus respectueuses.

Charlotte LABOURÉ-FAISANTIEU
Interne en psychiatrie à Caen

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un ou plusieurs professionnels de santé avec un patient (téléconsultation) ou entre eux (télé-staffs ou téléexpertise) ; parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical.

La télémédecine est encadrée juridiquement depuis le 19 octobre 2010 et la téléconsultation est remboursée depuis le 15 septembre 2018 au même tarif qu'une consultation classique.

1/ **Etes-vous :** Une femme Un homme

2/ **Quelle est votre tranche d'âge ?**

≤30 ans 31-40 ans 41-50 ans 51-60 ans ≥61 ans

3/ **Quel est votre secteur d'activité ?** (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salarié en structure publique | <input type="checkbox"/> Salarié en structure privée |
| <input type="checkbox"/> Centre Médico-Psychologique (CMP) ou équivalent | <input type="checkbox"/> Structure médico-sociale |
| <input type="checkbox"/> Libéral secteur 1 | <input type="checkbox"/> Libéral secteur 2 |
| <input type="checkbox"/> Activité mixte (salariée et libérale) | |
| <input type="checkbox"/> Milieu plutôt rural | <input type="checkbox"/> Milieu plutôt urbain |
| <input type="checkbox"/> Plusieurs sites différents | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |

4/ **Dans quel(s) département(s) exercez-vous ?** (plusieurs réponses possibles)

Calvados Eure Manche Orne Seine-Maritime

5/ **Pratiquez-vous majoritairement des consultations chez les moins de 18 ans ?**

Oui Non

6/ **Avez-vous des patients qui parcourent plus de 50 km pour venir à vos consultations ?**

Oui Non

7/ **Quel est le délai moyen pour obtenir une consultation avec vous ?**

2 semaines ou moins 1 mois 3 mois 6 mois Plus de 6 mois

8/ Des patients ont-ils déjà été empêchés de vous consulter pour des raisons logistiques ?
(plusieurs réponses possibles)

- Patient sans moyen de locomotion
- Patient éloigné géographiquement
- Patient âgé en Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées dépendantes (EHPAD)
- Patient présentant des problèmes somatiques
- Patient ayant des contraintes d'horaires de travail
- Patient poursuivant des études
- Patient en déplacement
- Non
- Autre (préciser) :

9/ Pour ces patients, pensez-vous que la téléconsultation pourrait être une solution envisageable ?

- Oui Non

10/ Si vous n'envisagez pas la téléconsultation, pourquoi ?

.....
.....

11/ Pensez-vous que la téléconsultation pourrait être envisageable en : (plusieurs réponses possibles)

- Psychiatrie adulte Pédopsychiatrie Addictologie
- Gériopsychiatrie Aucun
- Autre (préciser) :

12/ Si la téléconsultation est envisagée, selon vous doit-elle s'effectuer pour le patient : (plusieurs réponses possibles)

- Depuis le domicile du patient Depuis un CMP ou équivalent
- Dans un pôle de santé ou maison de santé Depuis un hôpital
- Depuis un EHPAD Depuis un cabinet infirmier
- Depuis une pharmacie Autre (préciser) :

13/ Selon vous, les téléconsultations doivent-elles s'effectuer en présence d'un soignant ?

- Oui obligatoirement Oui tant que possible A adapter selon les cas Non

14/ Si la téléconsultation est envisagée, seriez-vous prêt à consulter depuis votre domicile ?

- Oui Non

15/ Aimeriez-vous avoir des échanges, au sujet d'un patient, avec des confrères psychiatres ou d'une autre profession médicale via la visio-conférence ? (télé expertise, télé-staff, co consultation)

- Oui Non

16/ Avez-vous déjà effectué des actes de télé médecine ? (plusieurs réponses possibles)

- Téléconsultation Téléexpertise Téléstaff ou téléconférence Jamais

17/ Si non, quels actes seriez-vous prêt à effectuer ? (plusieurs réponses possibles)

- Téléconsultation Téléexpertise Téléstaff ou téléconférence Aucun

Courriel (facultatif) :

Je vous remercie pour votre aide.

Annexe 2 : Lignes directrices sur la gestion des urgences en télépsychiatrie (Shore et al. 2007) (traduit de l'anglais)

Questions administratives

- Effectuer une évaluation de site à distance
 - Obtenir des informations sur les réglementations et les ressources locales
 - Identifier les collaborateurs locaux
- Créer des protocoles d'urgence avec une délimitation claire des rôles et des responsabilités
- Déterminer les procédures de couverture d'urgence

Problèmes juridiques / éthiques

- Connaître l'engagement civil local et le devoir de mettre en garde les réglementations
- Prendre des dispositions avec le personnel local pour initier / aider aux engagements civils

Problèmes cliniques généraux

- Être conscient de l'impact de la télépsychiatrie sur la perception du contrôle de l'interaction clinique par les patients, et de l'impact que cela pourrait avoir
- Soyez conscients des problèmes de sécurité avec les patients présentant des états affectifs ou comportementaux forts à la fin d'une session et de la manière dont les patients peuvent ensuite interagir avec le personnel du site distant
- S'il s'agit d'application de la loi, fournir des renseignements sur : 1) la situation actuelle; 2) le type de diagnostic du patient et la façon dont ceux-ci pourraient avoir une incidence précise sur l'interaction avec les organismes d'application de la loi; 3) les coordonnées pour « in situ » le soutien et l'information pour les organismes d'application de la loi pendant les interactions avec les patients; et 4) l'information sur le suivi en santé mentale, les ressources et le soutien pour les patients.

Enjeux ruraux

- Discuter de la propriété des armes à feu, de la sécurité et de la signification des armes à feu pour les patients des régions rurales. Être prêt à négocier avec les patients au sujet de la disposition des armes à feu et envisager la participation des familles des patients, le cas échéant
- Être sensible aux répercussions des divulgations faites pendant la gestion des urgences sur la confidentialité des renseignements sur les patients et les relations avec les patients dans les petites collectivités
- Inclure les familles dans les situations de traitement d'urgence lorsque cela est possible, mais évaluer et être attentif à l'exacerbation des tensions familiales dans les petites communautés
- Évaluez les problèmes de substances, familiarisez-vous avec les ressources locales pour l'évaluation et le traitement de la toxicomanie et soyez prêts à jouer un rôle plus actif dans le traitement de la toxicomanie

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2019

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : **LABOURÉ – FAISANTIEU CHARLOTTE**

TITRE DE LA THESE : **Télé médecine en psychiatrie : pratiques et représentations chez les psychiatres Normands.**

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS:

Introduction : La télémédecine représente l'exercice de la médecine à distance via les technologies de l'information et de la communication (TIC). Elle comprend les actes de téléconsultation, téléexpertise, téléassistance, télésurveillance et régulation médicale. Face à un accroissement des inégalités aux soins et à une démographie médicale inquiétante, les pouvoirs publics plébiscitent un déploiement de ces actes mais celui-ci ne peut se faire sans l'adhésion des médecins. **Matériels et méthodes** : Notre étude visait à évaluer les pratiques et représentations face à la télépsychiatrie des 531 psychiatres Normands inscrits à l'ordre au premier Janvier 2019 via un questionnaire adressé par mél ou courrier postal. **Résultats** : 181 psychiatres ont répondu au questionnaire. 55,8% des répondeurs ont déclaré la téléconsultation envisageable et 47,2% se sont dits prêts à en effectuer eux-mêmes. L'usage de la téléconférence était perçu très favorablement avec 35,6% en ayant déjà pratiqué et 67,3% qui le souhaiteraient. En revanche la téléexpertise, avec 18,9% d'intention de pratique est peu envisagée par les psychiatres Normands. L'éloignement géographique est un facteur influençant les pratiques et représentations. Les principaux opposants à la téléconsultation déplorent la perte de contact humain. **Conclusion** : Bien que le téléstaff reçoive un accueil très favorable chez les psychiatres Normands, la téléconsultation est encore perçue de façon mitigée, par peur de perte d'information clinique ou par manque d'aisance avec l'outil notamment. Le retour positif d'expériences menées ou la réalisation de cours de télémédecine à la faculté pourrait permettre de lever certaines réticences.

MOTS CLES : télémédecine, psychiatrie, Normandie, téléconsultation, téléexpertise, téléstaff, pratiques, représentations.

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS : **Telemedicine in psychiatry : practices and representations among the Norman psychiatrists.**

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :

Introduction: Telemedicine is defined as the practice of medicine at a distance through the use of information and communication technologies (ICT). It includes teleconsultation, teleexpertise, remote assistance, remote monitoring and medical regulation. Faced with increasing inequalities in healthcare and a worrying medical demography, the public authorities are in favour of deploying these acts. But the practice of telemedicine in psychiatry is not without its questions and controversies. **Materials and methods**: Our study consisted in evaluating the practices and representations of the 531 Norman psychiatrists and child psychiatrists registered with the Order on January 1, 2019 via a questionnaire sent by e-mail or post. **Results**: 181 psychiatrists responded to the questionnaire. 55.8% of respondents said that teleconsultation was possible and 47.2% said they were willing to do it themselves. The use of teleconferencing was perceived very favourably with 35.6% having already done so and 67.3% who would like to do so. On the other hand, remote expertise, with 18.9% intention to practice, is not very much considered by Norman psychiatrists. Geographical distance is a factor influencing practices and representations. The main opponents of teleconsultation deplore the loss of human contact. **Conclusion**: Although the teletaff is very well received by Norman psychiatrists, teleconsultation is still perceived in a mixed way, for fear of loss of clinical information or lack of ease with the tool in particular. Positive feedback from ongoing experiences or the delivery of telemedicine courses to the faculty could help to overcome some of the concerns.

KEY WORDS : Telemedicine, psychiatry, Normandy, teleconsultation, teleexpertise, telestaff, practices, representations.