

Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 9 octobre 2020

Par Etienne CAYLAR

Né le 12 août 1991 à Saint-Junien

EVALUATION DE L'OPINION DES PATIENTS ET DES PRATICIENS SUR LES TELECONSULTATIONS DE PSYCHIATRIE

Thèse dirigée par le Dr Éric CHARLES

Examineurs :

M. le Pr Philippe NUBUKPO Président du jury

M. le Pr Jean-Jacques MOREAU Membre du jury

M. le Pr Daniel BUCHON Membre du jury

M. le Dr Éric CHARLES Directeur de thèse et membre du jury

Mme le Dr Julie MARTIN Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2020

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 9 octobre 2020

Par Etienne CAYLAR

Né(e) le 12 août 1991 à Saint-Junien

**EVALUATION DE L'OPINION DES PATIENTS ET DES
PRATICIENS SUR LES TELECONSULTATIONS DE
PSYCHIATRIE**

Thèse dirigée par le Dr Éric CHARLES

Examineurs :

M. le Pr Philippe NUBUKPO Président du jury
M. le Pr Jean-Jacques MOREAU Membre du jury
M. le Pr Daniel BUCHON Membre du jury
M. le Dr Éric CHARLES Directeur de thèse et membre du jury
Mme le Dr Julie MARTIN Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 7 septembre 2020

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION

MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE

VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES ASSOCIES A MI-TEMPS

SALLE Laurence

ENDOCRINOLOGIE

(du 01-09-2020 au 31-08-2021)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

(Responsable du département de Médecine
Générale)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

(du 01-09-2019 au 31-08-2022)

LAUCHET Nadège

(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

(du 01-09-2018 au 31-12-2020)

SEVE Léa

(du 01-09-2020 au 31-08-2023)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul

du 01-09-2017 au 31-08-2021

ALDIGIER Jean-Claude

du 01.09.2018 au 31.08.2020

BESSEDE Jean-Pierre

du 01-09-2018 au 31-08-2020

BUCHON Daniel

du 01-09-2019 au 31-08-2021

MERLE Louis

du 01.09.2017 au 31.08.2020

MOREAU Jean-Jacques

du 01-09-2019 au 31-08-2021

TREVES Richard

du 01-09-2020 au 31-08-2021

TUBIANA-MATHIEU Nicole

du 01-09-2018 au 31-08-2021

VALLAT Jean-Michel

du 01.09.2019 au 31.08.2022

VIROT Patrice

du 01.09.2018 au 31.08.2021

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 12 juin 2020

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

AUDITEAU Emilie	EPIDEMIOLOGIE (CEBIMER)
DAURIAT Benjamin	HISTOLOGIE, EMBRIOLOGIE ET CYTOGENETIQUE
DERBAL Sophiane	CHIRURGIE ANATOMIE
DOUCHEZ Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
GUYOT Anne	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HERMINEAUD Bertrand	LABORATOIRE ANAPATHOLOGIE
HUMMEL Marie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LEFEBVRE Cyrielle	ANESTHESIE REANIMATION
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PIHAN Franck	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
RIVAILLE Thibaud	CHIRURGIE-ANATOMIE
SANSON Amandine	ANESTHESIE REANIMATION
TCHU HOI NGNO Princia	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARMENDARIZ-BARRIGA Matéo	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBLANC Mathilde	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BAÏSSE Arthur	REANIMATION POLYVALENTE
BEEHARRY Adil	CARDIOLOGIE
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BRISSET Josselin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
CHASSANG-BRUZEAU Anne-Hélène	RADIOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CISSE Fatou	PSYCHIATRIE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESVAUX Edouard	MEDECINE GERIATRIQUE
DUVAL Marion	NEPHROLOGIE
EL OUAFI Zhour	NEPHROLOGIE
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
FROGET Rachel	CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE (pédiatrie)
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE

GHANEM Khaled	ORL
GILBERT Guillaume	REANIMATION POLYVALENTE
GUTTIEREZ Blandine	MALADIES INFECTIEUSES
HANGARD Pauline	PEDIATRIE
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
HESSAS-EBELY Miassa	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LEGROS Maxime	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIOTHERAPIE
MEUNIER Amélie	ORL
MICLE Liviu-Ionut	CHIRURGIE INFANTILE
MOWENDABEKA Audrey	PEDIATRIE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE ET POLYCLINIQUE
PELETTE Romain	CHIRURGIE UROLOGIE et ANDROLOGIE
PEYRAMAURE Clémentine	ONCOLOGIE MEDICALE
PLAS Camille	MEDECINE INTERNE B
QUILBE Sébastien	OPHTALMOLOGIE
SIMONNEAU Yannick	PNEUMOLOGIE
SURGE Jules	NEUROLOGIE
TRICARD Jérémy	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
VAIDIE Julien	HEMATOLOGIE CLINIQUE

VERLEY Jean-Baptiste

PSYCHIATRIE ENFANT ADOLESCENT

VIDAL Thomas

OPHTALMOLOGIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

BERTRAND Adeline

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

Néant

*« Je n'ai pas peur des ordinateurs.
J'ai peur qu'ils viennent à nous manquer. »*

Isaac Asimov

« N'envoyez jamais un humain faire le travail d'un programme. »

Lana & Lilly Wachowski, Matrix (1999)

« Victoriae mundis et mundis lacrima »

Alexandre Astier

Remerciements

À Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO,

Nous vous sommes reconnaissants de l'honneur que vous nous faites de présider notre jury de thèse. Votre bonne humeur alliée à votre pédagogie nous ont suivis tout au long de notre cursus d'externe puis d'interne. Nous espérons pouvoir continuer à profiter de ces qualités indispensables à l'avenir.

À Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU,

Nous vous remercions de faire partie du jury de cette thèse. Il paraissait clair que vous corrigiez notre travail, au vu de votre implication dans la modernisation des soins médicaux, et votre intérêt pour la télémédecine proposée au CHU de Limoges.

À Monsieur le Professeur Daniel BUCHON,

Soyez remercié d'avoir accepté de participer à ce jury. La télépsychiatrie apportera des bénéfices à la psychiatrie, mais très probablement aussi à la médecine de ville, par des avis thérapeutiques ou diagnostiques plus rapides et pratiques pour nos collègues médecins généralistes.

À Monsieur le Docteur Éric CHARLES,

Merci Éric d'avoir accepté de diriger ma thèse. Cela semblait évident depuis mes 2 semestres à Widlöcher ! Tu m'as appris pleins de choses, et ce, dans la sympathie, l'humour et la BD ! C'est pas pour rien que j'ai « doublé » ! J'espère pouvoir jouer aux cartes, parler BD et me marrer avec toi encore longtemps ! Soit remercié pour tout cela ! Longue vie et prospérité !

À Madame le Docteur Julie MARTIN,

Merci à toi, Julie, d'être présente dans mon jury. C'était évident d'abord puisque c'est grâce à toi que j'ai pu faire des téléconsultations, et à tous ces questionnaires que tu as remplis ! Mais aussi parce que ta gentillesse et tes compétences cliniques ont permis que mon stage à Jean-Marie Léger se passe dans les meilleures conditions ! Merci encore à toi, en espérant que nous pourrons travailler ensemble à l'avenir ! Vive la diaspora saint-juniaude !

Merci à tous mes co-internes ! Merci à Karine, Aurélie, et Guillaume pour ces 4 années ! Merci aussi à Caro, Arnaud, Dorine et Agathe ! Merci au plus beau, Benjamin et son abat-jour ! Merci à Noctali aka Jessica, qui préférerait m'aider à Delay que réviser son ECN ! Merci aussi à Anthony, super co-Morisien, Pierre (« Bichour »), Ben, Bertrand et les autres ! Merci à Nightwing aka Bertrand et à maître Tiphou ! Merci à Tristan ! Merci à Victor, Fatou et Laure !

Merci aux différents séniors que j'ai croisés ! Merci à Anne Bouillon pour sa gentillesse ! Merci à Anne-Catherine pour mon semestre à Delay, merci pour ta gentillesse et ta confiance ! Merci à Natacha et Jean-Baptiste ! Prêt à retirer d'autres crayons ! Merci à Nathalie ! Merci à Sophie et Julie pour mon semestre aux urgences ! Enfin, un immense merci à Émilie Legros pour son aide depuis le master 1 jusqu'à Morisot ! Merci à Murielle Girard pour les stats !

Merci à tous les soignants et ASH que j'ai pu rencontrer ! Merci au personnel du CMP sans qui cela n'aurait pas été possible ! Merci aux soignants de JML ! Merci à l'ex-équipe de Widlöcher pour leur accueil qui m'a obligé à rester 2 semestres ! Merci aux soignants de Delay 2, vous êtes timbrés !! Merci à Stéphanie et Pascal à la liaison ! Merci à l'équipe de Morel pour votre accueil, c'était cool ! Merci à l'équipe de l'Odyssée (sauf Sophie !) ! Et enfin merci à Aurélie et l'équipe des urgences, je compte sur vous pour me rassurer en garde ! Mention spéciale à Virginie, et aux deux fofolles du 9ème !

Merci à mes amis qui supportent mon côté ermite ! Merci à Adeline pour ses aphorismes ! Merci à Armonie, qui fait de la psychiatrie aussi ! Merci à Sarah pour sa bonne humeur ! Merci à Guillaume Hulot, nostalgique des petites vidéos ! Merci à Anne, je te promets d'examiner mes patients ! Merci à Max, qui m'a fait connaître Deadpool et pour tout le reste ! Merci à Alison, Alizée, Sacha et aux deux Xavier ! Big up aux amis de Karine et de Marion !

Guillaume, nos conversations jusqu'à 2h du mat' me manquent ! Merci pour ta gentillesse inépuisable ! (Je ne désespère pas que tu embrasses le côté obscur qu'est la psychiatrie !).

Adrien, je n'aurai qu'un mot : Elle est où la poulette ?

Merci à Papy et Mamie, la famille Fageol, Claudie, Clément et Simon ! Merci aux Tuff' ! Merci à la famille Barrière pour les repas le midi en P1, pour les vacances à Soulac tous ensemble ! Merci à Sophie et Seb', merci pour tout ! Bonne rémission à Pierre ! Merci à Betty et la famille de Karine !

Merci à mes vieux : hâte d'hériter ! Non je déconne, heureux que vous soyez là !

Merci à ma sœur qui a la gentillesse des Poufsouffle et la force des Gryffondor ! Je n'aurai qu'un mot : PINAAAAAGE !!

Merci à Karine, merci encore pour ton aide ! J'espère qu'on se supportera encore une soixantaine d'années !

Un immense merci aux relecteurs, qui ont eu beaucoup, beaucoup, beaucoup de travail...

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de modification 3.0 France »

Disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

INTRODUCTION.....	25
I. Revue de la littérature	26
I.1. Historique	26
I.2. Définitions et applications.....	28
I.2.1. La télémédecine.....	28
I.2.2. La télépsychiatrie	31
I.2.3. La télépsychothérapie.....	31
I.3. Guidelines internationales	32
I.3.1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	32
I.3.2. En Amérique du Nord	33
I.4. Place de la télémédecine en France	35
I.4.1. Peu à peu, l'état français légifère sur la télémédecine	35
I.4.2. Remboursement par l'Assurance Maladie	36
I.4.3. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).....	38
I.4.4. Les expérimentations de télépsychiatrie en France.....	40
I.5. Indications et champs d'action de la télépsychiatrie.....	43
I.5.1. La télémédecine dans la dépression	44
I.5.2. La télémédecine dans les troubles psychotiques	45
I.5.3. La télépsychiatrie du sujet âgé	46
I.5.4. La télémédecine en pédopsychiatrie	48
I.5.5. La télépsychiatrie d'urgence	49
I.5.6. La télémédecine en addictologie	49
I.5.7. La télépsychothérapie et l'alliance thérapeutique	50
I.5.8. La téléexpertise.....	55
I.6. Limites et contre-indications relatives à la télémédecine et à la télépsychiatrie.....	56
I.6.1. Contre-indications à la télépsychiatrie	56
I.6.2. Limites de la télémédecine et de la télépsychiatrie.....	59
I.6.2.1. L'absence physique du médecin	59
I.6.2.2. Les limites techniques et technologiques de la télémédecine.....	62
I.7. Cadre technique, juridique et éthique de la télépsychiatrie	63
I.7.1. Les normes techniques et numériques	63
I.7.2. Le cadre juridique et déontologique.....	65

I.7.3. Le cadre éthique de la télépsychiatrie	66
II. L'étude TLC2P	68
II.1. Présentation de l'étude clinique.....	68
II.2. Déroulement des téléconsultations	69
II.2.1. Organisation.....	69
II.2.2. Matériel et locaux de téléconsultation	71
II.3. Matériel et méthode	71
II.3.1. Type d'étude et objectifs	71
II.3.2. Questionnaires	72
II.3.3. Population étudiée et inclusions	73
II.3.4. Déroulement de l'étude	74
II.4. Résultats.....	76
II.4.1. Généralités.....	76
II.4.2. Caractéristiques de l'échantillon	76
II.4.3. Résultats des questionnaires.....	77
II.4.3.1. Opinion globale des patients	77
II.4.3.2. Opinion globale des deux praticiens	78
II.4.3.3. Opinion sur le déroulement technique.....	79
II.4.3.4. Opinion sur la qualité du lien et de l'échange thérapeutique.....	81
II.4.3.5. Motifs de non-satisfaction.....	83
II.4.3.6. Opinion estimée des patients comparée à leur opinion exprimée.....	86
II.5. Discussion	86
II.5.1. Un outil pratique et satisfaisant.....	86
II.5.2. Une méthode de consultation perfectible et à l'utilisation restreinte	89
II.5.3. Limites du présent travail	92
II.5.4. Retours sur l'expérimentation	94
II.5.5. L'essor de la télémédecine pendant le confinement.....	96
II.6. Perspectives	99
CONCLUSION	102
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	103
ANNEXES	109

Table des illustrations

Figure 1 : Le Pr Guida utilisant la radio au Centre international de radio-médecine (Italie, 1930) (4).....	26
Figure 2 : Photos du <i>Nebraska Institute of Psychiatry</i> lors d'un test technique et d'une séance de thérapie de groupe (7).....	27
Figure 3 : Cotation d'actes de téléconsultation de psychiatrie (28).....	37
Figure 4 : Liste des situations cliniques compatibles avec la télépsychiatrie selon l'AETMIS (21).....	44
Figure 5 : Paramètres de la rencontre en face-à-face et en téléconsultation (69).....	52
Figure 6 : Avis sur les éléments de communication en télépsychiatrie par rapport au face-à-face (67).....	61
Figure 7 : Dimensions des salles de consultation (21).....	64
Figure 8 : Schéma de l'étude (TLM : télémédecine ; TLC : téléconsultation).....	75
Figure 9 : Bureau de consultation du CH Esquirol	117
Figure 10 : Bureau de téléconsultation au CMP de Guéret	118

Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition des âges et distances kilométriques des lieux de soins	76
Tableau 2 : Répartition des niveaux d'études dans l'échantillon (%)	77
Tableau 3 : Satisfaction globale des patients (%)	78
Tableau 4 : Satisfaction globale des praticiens (%)	79
Tableau 5 : Satisfaction de la qualité technique pour les patients (%).....	80
Tableau 6 : Satisfaction de la qualité technique pour les médecins (%).....	81
Tableau 7 : Qualité de l'échange selon les patients (%)	82
Tableau 8 : Proportion de gravité des incidents techniques (%).....	84
Tableau 9 : Réponses à la question 6 des questionnaires de suivi pour les patients (%)	85

Liste des abréviations

AETMIS : Agence d'Évaluation des Techniques et des Modes d'Intervention en Santé

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

APA : *American Psychiatric Association*

APC : Association des Psychiatres du Canada

ARS : Agence Régionale de Santé

ATA : *American Telemedicine Association*

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CH / CHU : Centre Hospitalier / Universitaire

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRA : Centre Ressource Autisme

CRRpsa : Centre Ressource Régional de psychiatrie du sujet âgé

CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECG : Électrocardiogramme

ECN : Examen Classant National

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

HD : Haute Définition

HPST : loi Hôpital Patient Santé Territoire

HTB : Hypnose et Thérapies Brèves

IDE : Infirmier (ère) Diplômé(e) d'État

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORTIF : Outil Régional de Télémedecine en Île-de-France

PGSSI-S : Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé

PRT : Programme Régional de Télémedecine

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TLC : Téléconsultation

TLM : Télémedecine

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

US : Unité Sanitaire

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

INTRODUCTION

La télémédecine est un des récents outils proposés par les nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) pour aider la médecine et son offre de soin.

Alors que l'effectif médical en France va faiblissant d'années en années, il est plus que nécessaire de réorganiser le maillage territorial médical, pour permettre l'offre de soin la plus adaptée à toute la population, et notamment dans les zones reculées de notre pays.

C'est là que la télémédecine peut apporter sa pierre à l'édifice, en donnant du temps médical et paramédical hors des centres et des grandes villes.

Dans cet esprit, le Centre Hospitalier (CH) Esquirol de Limoges s'est inscrit depuis longtemps dans une démarche de développement des soins ambulatoires dans tous les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la Haute-Vienne. Depuis 2018, l'hôpital propose également des téléconsultations avec le CMP de Guéret, où des patients consultent un psychiatre de Limoges à travers l'écran de l'ordinateur.

Au vu de l'intérêt de cette méthode de consultation, et de l'essor grandissant de la télémédecine, il paraissait intéressant de recueillir l'avis des patients et des praticiens sur cette nouvelle technique, afin d'affiner la pratique, ou de la restreindre, en fonction des avis récoltés.

Ce présent travail rappellera donc les concepts de télémédecine et de téléconsultations, leurs recommandations nationales et internationales. Nous aborderons ensuite leurs indications et contre-indications. Une seconde partie présentera l'étude « TLC2P » (TÉLÉConsultations de Psychiatrie) mise en place au CH Esquirol, puis en rapportera les principaux résultats. Il conviendra enfin de discuter des opinions de chacun, des avantages et obstacles à la téléconsultation en psychiatrie.

I. Revue de la littérature

I.1. Historique

La création et le développement de la télémédecine ont toujours été indissociables de l'industrialisation et de l'essor de la technologie. Plus la technologie s'est accrue, plus elle a permis des échanges d'informations sur de plus longues distances et de qualité croissante.

Pour autant, des tribus amérindiennes communiquaient déjà entre elles par des signaux de fumée, à propos des zones riches en herbes médicinales ou dangereuses pour la santé (1). Puis les médecins ont commencé à envoyer des informations médicales via plis postaux, initiant l'utilisation du courrier médical.

C'est la technologie du téléphone qui va, la première, être utilisée à des fins médicales, avec Willem Einthoven en 1906 qui développa un système de transmission téléphonique d'électrocardiogramme (ECG). Il s'agit là de la première utilisation d'un système dit « de télésurveillance », et la première référence à la télémédecine dans la littérature médicale internationale (2). Cette technique avait été mise en place à titre expérimental pour ne pas faire déplacer les patients de l'hôpital à son laboratoire. Il ne s'agissait ni d'une utilisation dans le cadre de soins ni à grande échelle. Parallèlement, Sidney George Brown développa en 1908 le télé-stéthoscope afin d'ausculter ses patients à distance.

Ensuite, la marine marchande s'est emparé du système radio pour recevoir sur les navires en pleine mer des avis médicaux. On note alors la création du Centre International Italien de Radio-Médecine (3) (voir figure 1).



Figure 1 : Le Pr Guida utilisant la radio au Centre international de radio-médecine (Italie, 1930) (4)

Avec l'avènement de la télévision, l'état américain du Nebraska a mis en place la première utilisation de télémédecine en psychiatrie, à l'initiative du *Nebraska Psychiatric Institute* dans les années 1960 (5) (voir figure 2) . Celle-ci s'effectuait par l'intermédiaire de deux télévisions. La psychiatrie était alors la première spécialité médicale à utiliser la visioconférence pour ses consultations (6). Il s'agit là de la première vague de télémédecine organisée, avec à la suite le premier Congrès de Télémédecine en 1973 dans le Michigan. Il faut aussi remarquer l'utilisation de liaisons satellites pour la téléassistance auprès des astronautes de la NASA, et pour les militaires déployés notamment au cours de la guerre du Vietnam.



Figure 2 : Photos du *Nebraska Institute of Psychiatry* lors d'un test technique et d'une séance de thérapie de groupe (7)

Par la suite, les projets de télémédecine se sont développés de façon exponentielle. On retrouve notamment la mise en place d'un programme norvégien d'amélioration de l'accès aux soins par la télémédecine (« *Access to health Care Services* ») dans les années 1980 (8). Il

faut d'ailleurs noter que la Norvège est le premier pays à l'avoir remboursée dès 1996 (1), plus de 20 ans avant même sa mise en place en France.

Une troisième vague de développement a suivi dans les années 2000, notamment aux États-Unis et au Canada, grâce à l'avènement des NTIC. Ces deux pays d'Amérique du Nord ont rapidement publié des guides de bonnes pratiques de la télémédecine, que nous aborderons d'ailleurs au chapitre **I.3.** .

C'est ainsi qu'a été créée la première chaire de télémédecine, et la première revue spécialisée intitulée « *Queen's University of Belfast : The Journal of Telemedicine and Telecare* »).

I.2. Définitions et applications

I.2.1. La télémédecine

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définissait en 1997 la télémédecine comme « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique » (9). Cette définition était relativement restrictive et a bien évolué depuis, avec le développement des technologies numériques.

Actuellement, la télémédecine est définie en France par « 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 figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient » (10).

Elle regroupe plusieurs pratiques médicales ayant en commun de s'accomplir à distance, en mobilisant les technologies de l'information et de la communication. La Haute Autorité de Santé (HAS) en rappelle les définitions admises en France (11) :

- La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ;
- La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs

formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

- La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou un professionnel de santé ;
- La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- La réponse médicale, qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale des urgences ou de la permanence des soins.

La visioconférence, quant à elle, est définie comme une téléconférence permettant, en plus de la transmission de la parole et de documents graphiques, la transmission d'images animées. Il s'agit de l'outil privilégié dans les téléconsultations et téléexpertises.

La télémédecine rassemble donc de multiples objectifs et outils numériques pour y parvenir, allant par exemple de la visioconférence, aux transmetteurs d'activité cardiaque, en passant par le transfert d'imageries médicales.

Il faut différencier la télémédecine du terme d'e-Santé : en effet la e-Santé (ou *e-Health*) englobe en plus des notions de santé et de technologie, celle de commerce. On pourrait donc y ajouter toutes les applications, sites, portails, que l'on trouve sur Internet, liés à la santé (12).

La télémédecine prend son essor, car aujourd'hui il nous faut lutter contre la désertification médicale, notamment dans les zones rurales. Ce sont ces distances géographiques importantes qui ont freiné l'accès aux soins aux États-Unis ou au Canada, et qui ont poussé à la création et l'utilisation de la télémédecine. Elle y permet de proposer une offre de soin adaptée aux populations les plus éloignées.

La santé publique en France rencontre deux obstacles : la désertification médicale et l'inégalité de la répartition des médecins. La distance pour accéder à des soins médicaux spécialisés s'agrandit, ce qui restreint donc leur accès. Les grands centres médicaux sont de plus en plus sollicités pour apporter de l'activité médicale vers les centres de proximité. La télépsychiatrie, dans ce contexte, offrirait la possibilité de mobiliser les ressources médicales des zones

urbaines vers les zones rurales, et d'améliorer l'accessibilité aux soins en diminuant les coûts et déplacements.

C'est pourquoi la politique nationale de santé publique promeut de plus en plus la télémédecine. Le Ministère de la santé considère que son déploiement en France est une nécessité de santé publique. Publié le 13 octobre 2017, le plan gouvernemental affiche les priorités suivantes : renforcer l'offre de soins dans les territoires, et mettre en œuvre la révolution numérique en santé pour abolir les distances (13).

Elle permettrait d'atteindre plusieurs objectifs dans la prise en charge médicale en France :

- Optimiser/restructurer l'offre de soins sur le territoire, face à la pénurie de médecins, d'internes et de personnel soignant ;
- Développer l'accessibilité aux soins dans les zones reculées et donc, permettre une meilleure équité dans la répartition de l'offre de soin ;
- Proposer des soins de qualité équivalente à des soins conventionnels ;
- Améliorer la qualité de vie des patients, et les conditions de travail des professionnels, en diminuant leurs déplacements ;
- Intérêts médico-économiques :
 - Baisse des coûts de déplacements pour le patient et la sécurité sociale (VSL - Véhicules sanitaires légers / ambulances) ;
 - Baisse des coûts de déplacements pour l'hôpital (médecins, soignants).

Sur le plan régional, les ex-Agences Régionales de Santé – ARS Aquitaine, Limousin et Poitou Charentes ont défini en 2012 des Programmes Régionaux de Télémédecine (PRT) dans différents domaines tels que l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'insuffisance cardiaque, la santé bucco-dentaire et les téléconsultations en psychiatrie. Un appel à projet a d'ailleurs été lancé le 5 juin 2018 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine avec l'intitulé suivant : « Développement d'une activité de téléconsultation et de téléexpertise en Unité Sanitaire (US) », appel auquel le CH Esquirol de Limoges a candidaté (14).

I.2.2. La télépsychiatrie

L'APC (Association des Psychiatres du Canada) et l'APA (*American Psychiatric Association*) proposent comme définition à la télépsychiatrie la prestation de service de santé mentale et d'addictologie à distance (15).

La télépsychiatrie se définit donc comme l'exercice de la psychiatrie à distance à l'aide des NTIC dans le but d'augmenter l'accessibilité géographique aux soins psychiatriques, d'apporter une aide aux équipes soignantes psychiatriques et d'améliorer l'offre de soins psychiatriques.

Dans un premier temps, la télémédecine s'est développée dans les spécialités somatiques. La neurologie l'utilise pour la prise en charge de l'AVC, la dermatologie pour les soins des pieds de patients diabétiques par exemple. Cela a été également expérimenté pour la prise en charge des détenus. Jusqu'à présent en France, la psychiatrie et la psychologie ne sont que très peu représentées en télémédecine. On pourrait se demander d'ailleurs pourquoi, ces domaines étant parmi les seuls à ne pas nécessiter systématiquement d'examen physique en pratique quotidienne.

Selon le Dr Massé et ses collègues, l'exercice de la psychiatrie sur le territoire français pourrait pourtant bénéficier de l'utilisation de la télémédecine (16). En effet, la France abrite un potentiel technologique très important, avec un fort progrès dans la communication, rendant possible une qualité optimale de transmission de données dans un cadre sécurisé.

I.2.3. La télépsychothérapie

La télépsychothérapie (ou téléthérapie, encore nommée e-Thérapie ou cyber-psychothérapie) peut se définir par la réalisation d'une intervention et/ou d'un traitement psychologique à distance à travers l'utilisation des NTIC. Les modalités techniques en sont variables : par téléphone, mail, par visioconférence ou encore par transferts d'images. Elle est interactive et simultanée dans le cas de la visioconférence. Il s'agit de la technologie qui se rapproche le plus d'une consultation traditionnelle en face-à-face, par rapport à d'autres types de technologie (comme par exemple le traitement par réalité virtuelle, par DVD, etc...) (17). L'avantage pour le thérapeute est qu'il peut observer le langage non verbal du patient. Cela peut favoriser la relation thérapeutique et aider à mieux comprendre les réactions du patient.

De multiples modèles de psychothérapies se sont « confrontées » à la visioconférence comme la thérapie cognitivo-comportementale ou les thérapies d'exposition par exemple (18) (19). Nous l'aborderons au chapitre **I.5.7**.

I.3. Guidelines internationales

I.3.1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

En 2019, l'OMS a publié un document de « Recommandations sur les interventions digitales pour le renforcement du système de santé : Preuves et recommandations » (20). On y retrouve l'état actuel des publications mondiales sur le numérique en santé, notamment 10 recommandations de l'OMS sur les conduites à tenir lorsque les NTIC sont utilisées, de façon scientifiquement établie. Ces recommandations restent générales et ne se concentrent pas sur la télépsychiatrie spécifiquement.

L'OMS fait un point sur l'acceptabilité et la faisabilité de ces technologies pour les soignants et les patients. Tout d'abord, ce document résume les facteurs pouvant favoriser l'acceptabilité (p.4) : pour les soignants, le numérique en santé permet une efficacité dans les soins. Cela a permis une augmentation à la fois de leur éventail de tâches, et de la rapidité des soins, en diminuant par exemple le temps passé en trajet. La portabilité et la flexibilité dans leurs tâches étaient aussi appréciées, ainsi que l'amélioration parfois retrouvée dans le lien avec le patient (confiance et respect). Du point de vue des patients, selon les différentes études abordant le sujet, le digital en santé peut contribuer à les rassurer, les sécuriser, les motiver en leur permettant une certaine indépendance. Cela donne également un meilleur accès géographique, mais aussi linguistique, aux soins (patient parlant une langue minoritaire, rare). Il diminue de plus le budget des trajets pour consulter.

En revanche, l'OMS rappelle tous les facteurs négatifs, qui diminuent la faisabilité et/ou l'acceptabilité des nouvelles technologies dans les soins (p.7). Parmi ceux-ci, on retrouve notamment chez les soignants la peur que ces nouveaux outils augmentent leur charge de travail (notamment s'ils doivent travailler sur le système papier en plus de l'outil numérique).

Ils craignent la perte, le vol ou les dommages possibles causés au matériel et aux données médicales (donc sensibles) des patients. En effet, la confidentialité et la sécurité des données médicales est un point de questionnement des patients mais aussi des soignants. Ils s'inquiètent de la nécessité de formations à ses technologies pour se familiariser, et donc

faciliter leur utilisation. C'est un frein également pour les patients qui ont peu de connaissances ou de compétences informatiques par exemple.

Parmi les limites existantes, l'accès à un réseau Internet acceptable (notamment dans les zones blanches) n'est des moindres, ce qui peut souvent poser problème dans les régions reculées des territoires. Il faut aussi, bien entendu, que la technique soit au rendez-vous, et ne présente pas de soucis de fonctionnement. L'impression d'une dépendance à la technologie avec le risque d'un mésusage de celle-ci fait partie de leurs questionnements, l'impression d'un « *Big Brother watching* » envahissant la santé (p.6).

Enfin et surtout, il est rapporté que certains patients préfèrent le contact en face-à-face avec un médecin, ce qui constitue un des obstacles les plus importants à la télémédecine.

Face à cela, l'OMS a proposé 10 recommandations d'utilisation. Parmi celles-ci, elle préconise la télémédecine si celle-ci complète plutôt que remplace le face-à-face. Ce doit être dans des conditions où la sécurité du patient, de ses données médicales, la traçabilité, et la responsabilité peuvent être surveillées (p.20). Cela inclut la mise en place de procédures pour s'assurer du consentement du patient, du stockage et de la sécurisation des données, et de la compétence du soignant.

Il reste important pour l'OMS de clarifier un cadre légal pour l'organisation de la télémédecine et pour la sécurité de ses participants. Des protocoles cliniques semblent nécessaires, pour définir dans un premier temps les patients pouvant relever d'une prise en charge en télémédecine plutôt qu'en face-à-face, avant même de rechercher leur consentement. Il faut également s'assurer de l'indication à la télémédecine, et que cette distance numérique n'aille pas compromettre le relation médecin patient. On retrouve les mêmes exigences pour la téléexpertise entre professionnels.

1.3.2. En Amérique du Nord

Dans ces pays souvent précurseurs dans la recherche, des sociétés savantes ont proposé des recommandations spécifiquement centrées sur la prise en charge psychiatrique en télémédecine. Leur avance leur a permis, plus tôt que dans d'autres pays, d'en codifier l'utilisation. Le Canada a publié en 2006 les lignes directrices cliniques et technologiques en télépsychiatrie, émises par l'Agence d'Évaluation des Techniques et des Modes d'Intervention en Santé (AETMIS) (21).

L'AETMIS a proposé une normalisation ayant trait autant au contenu des téléconsultations (pratiques cliniques adaptées au modèle digital) qu'au contenant, c'est-à-dire aux conditions techniques directes.

Dès le départ, le rapport de l'AETMIS prévient que la télépsychiatrie ne doit pas constituer une solution de remplacement pour répondre aux manques en matière de services psychiatriques en région (prologue p.VI). Cela semble en décalage cependant avec l'objectif premier de la télémédecine dans ces pays notamment: lutter contre les distances et le manque d'accessibilité.

D'un point de vue clinique, la télémédecine peut, avec succès (p.IV), permettre l'évaluation clinique et diagnostique du patient, la prise en charge thérapeutique et psychothérapeutique, l'expertise médico-légale et la gestion de certaines urgences psychiatriques (p.IV). À tout cela, peuvent s'ajouter la psychoéducation, les thérapies individuelles et de groupes, et l'évaluation psychométrique.

Ce document propose aussi des contre-indications à la télépsychiatrie (p.VII) (Cf. chapitre **I.6.1.**). Elles recommandent par ailleurs l'utilisation du dossier médical du patient des deux côtés de la consultation, une formation préalable adéquate des intervenants, ainsi qu'une coordination des soins efficace.

Du point de vue technologique, les experts canadiens présentent des normes techniques tant au niveau du bureau de téléconsultation, que des caractéristiques de l'équipement informatique, ou de la bande passante.

Un point est aussi fait sur l'aspect économique des téléconsultations, rappelant d'un côté un investissement relativement lourd en technologie, mais de l'autre une probable économie des frais de santé (diminution des frais de déplacement et d'hébergement).

La nécessité d'un cadre juridique clair est aussi rappelée, mais l'AETMIS s'attarde surtout sur les considérations éthiques de la télémédecine psychiatrique. Il est surtout retenu le bénéfice principal qu'est l'accroissement de l'accessibilité aux soins pour les populations éloignées. Mais l'AETMIS conclue que, même si ses recommandations contribuent à une qualité des soins conforme à celle de la consultation en face-à-face, la téléconsultation de psychiatrie ne peut être pensée comme la seule solution à une couverture territoriale bancale (p.IX).

Il convient par ailleurs de porter une attention toute particulière aux différents éléments de la relation médecin-malade tels que la communication, l'attitude du médecin, et le lien de confiance entre le médecin et son patient (p.X).

Enfin, l'AETMIS demande l'évaluation rigoureuse des services de télépsychiatrie une fois mis en place, afin d'améliorer au mieux la pratique (p.X).

Aux États-Unis, l'APA a montré son intérêt pour la télémédecine en psychiatrie dès 1998 (22). L'ATA (*American Telemedicine Association*) a, de son côté, publié en mai 2013 des conduites à tenir en pratique pour la télépsychiatrie (15).

Ce document reprend lui aussi point par point les prérequis essentiels afin de mettre en place une télépsychiatrie de qualité, avec toute la sécurité et la confidentialité nécessaires.

Parmi ces critères, on retrouve notamment la nécessité de proposer une prise en charge adaptée au patient, à ses besoins et sa pathologie, et donc de ne pas mettre en place de télémédecine si ce n'est pas approprié.

L'ATA rappelle aussi la nécessité du consentement éclairé. L'importance du stockage et de l'enregistrement des données médicales, la nécessité d'une bonne connectivité, et de l'utilisation d'applications et logiciels vérifiés sont également évoqués. Une partie importante est centrée sur la prise en charge des urgences, ainsi que d'un plan de secours en cas de panne technique (par exemple un entretien par téléphone, voire l'adressage à un autre professionnel en face-à-face).

L'ATA considère qu'il est important pour les soignants d'être formés sur la technologie qu'ils vont utiliser, et à la prise en charge du risque suicidaire. Un plan d'urgence doit être organisé en recherchant les urgences les plus proches, la famille et les proches à prévenir, ainsi que la préparation de l'équipe soignante à des soins sans consentement.

I.4. Place de la télémédecine en France

I.4.1. Peu à peu, l'état français légifère sur la télémédecine

La télémédecine est une composante de la télésanté. Selon le code de la Santé Publique, (article L.6316-1), elle est une « forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication » (23).

On retrouve la télémédecine pour la première fois dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21/07/2009 – article 78 de la loi 2009-879 (10), puis elle est réellement mise en œuvre dans le décret n°2010-1229 du 19-10-2010 (articles R 6316-1, 2, 3, 4 et 10 du code de santé publique) (24). C'est dans ce décret que sont définis les différents actes de télémédecine. L'article 36 de la loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a prévu des expérimentations sur le déploiement de la

télémédecine en libéral et dans les structures médico-sociales pour une durée de quatre ans dans certaines régions pilotes (25). Au bout de ces 4 ans, les pouvoirs publics, relevant les intérêts de la télémédecine, ont étendu la période d'expérimentation (13). Enfin, dans un arrêté du 28 avril 2016, un cahier des charges de la téléconsultation et de téléexpertise a été proposé pour guider la mise en place de projet de télémédecine. Elle fait maintenant partie du plan de santé publique lancé en 2017 par le gouvernement « Ma Santé 2022 », pour de meilleures qualité, pertinence et coordination des soins.

I.4.2. Remboursement par l'Assurance Maladie

D'un point de vue économique, la télémédecine n'était, jusqu'à il y a peu, ni cotée, ni remboursée, au titre d'acte spécifique, s'intégrant aux actes expérimentaux de santé.

Mais depuis le 15 septembre 2018, via la loi de financement de la sécurité sociale (article 54 de la loi du 15/09/2018) (26), est officialisé un accord conventionnel sur le remboursement des actes de télémédecine, signé entre le secteur privé et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), co-acteur de la télémédecine (27). Depuis cette date, les actes de télémédecine s'intègrent donc au droit commun de financement des structures et professionnels de santé (28).

Il propose le remboursement des actes de télémédecine au même tarif que les consultations en présentiel, sous conditions d'un parcours de soins coordonné et d'une orientation initiale par le médecin traitant.

Il est désormais possible en France d'organiser des téléconsultations si le patient est à domicile, de n'importe quel lieu de travail ou pour n'importe quelle spécialité médicale. Le patient peut se faire assister d'un professionnel de santé. La prescription pourra être transmise « par voie postale ou sous format électronique, via une messagerie, dans des conditions garantissant la confidentialité et la sécurité des échanges » (p. 6).

Ainsi un nouvel acte intitulé « Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit "téléconsultant" » a été inscrit par l'UNCAM à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Son code de cotation est TCG pour les médecins généralistes, et TC pour les autres médecins spécialistes (voir figure 3).

Psychiatre⁶, neurologue et neuropsychiatre (en métropole)

	Médecin S1 ou S2 OPTAM si respect des tarifs opposables	Médecin S2 sans OPTAM (si non application des tarifs opposables)
Téléconsultation du médecin correspondant avec retour au médecin traitant	TC (39 €) + MPC (2,70 €) + MCS (5 €) = 46,70 €	TC = 39 €
Téléconsultation du médecin traitant	TC (39 €) + MPC (2,70 €) = 41,70 €	TC = 39 €

Figure 3 : Cotation d'actes de téléconsultation de psychiatrie (28)

Le remboursement sera le même qu'une consultation habituelle : 70 % remboursés par l'Assurance Maladie, 30 % remboursés par la complémentaire, prise en charge à 100 % pour les soins concernant des affections longues durées. Le tiers payant sera appliqué et les dépassements d'honoraires facturés comme habituellement.

En revanche, une feuille de soin sera nécessaire, car la carte vitale ne peut être lue à distance.

Il est à noter que lorsque la téléconsultation se déroule en présence du médecin généraliste pour une consultation de spécialiste, le médecin traitant peut coter une consultation habituelle, parallèlement à la facturation de la téléconsultation par le médecin téléconsultant (p.10).

Une partie de cette convention est également orientée vers la téléexpertise, même si l'organisation n'en est pas encore officialisée (Cf. chapitre 1.5.8.).

Les exclusions directes à la téléconsultation sont surtout centrées sur la nécessité d'un examen physique direct, dans les cas complexes somatiquement par exemple. De même, la téléconsultation doit s'ancrer dans le parcours de soins du patient, et le patient doit donc être adressé au médecin téléconsultant par le médecin généraliste.

Un autre principe est imposé par l'assurance maladie : le patient doit être connu du médecin traitant ou spécialiste qui réalise la téléconsultation, pour garantir une bonne qualité de soins. Une consultation physique au cours des 12 derniers mois précédant la téléconsultation doit avoir été organisée (p.11).

Mais l'assurance maladie a proposé des exceptions à ce principe, correspondant à celles du parcours de soin habituel :

- L'accès direct à certains spécialistes (dont la psychiatrie) ;
- Un âge inférieur à 16 ans ;
- L'absence de médecin traitant ou un délai trop long pour le consulter ;
- Le cas des urgences.

Pour l'assurance maladie, il s'agit donc bien d'une innovation organisationnelle permettant une nouvelle façon de consulter, et non une nouvelle façon de soigner. Il s'agit d'un rappel : la télémédecine est un outil, et non une panacée médicale (p.13). Elle constitue un facteur d'amélioration de l'efficacité, de l'organisation et de la prise en charge des malades. Elle améliore l'accès aux soins en cas de déficiences physiques, et permet un raccourcissement des délais de consultation.

Un élément est présent dans la convention médicale mais n'est plus présent dans le communiqué de l'assurance maladie : dans l'avenant n°6, la téléconsultation doit être effectuée en alternance avec des consultations en présentiel, selon les besoins du patient et l'appréciation du médecin (27). S'agit-il d'une obligation ou d'un conseil ? La position ne semble pas tranchée dans les hautes sphères de la santé publique.

I.4.3. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, l'HAS a publié une mise à jour des recommandations, un « Guide de bonnes pratiques » pour la qualité et la sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise (29).

Ce document reprend les conduites à tenir pour initier un projet de télémédecine selon les autorités de santé françaises. Il évoque notamment les exigences déontologiques, organisationnelles et technologiques adaptées à la télémédecine.

Il est important pour l'HAS de prévoir notamment une procédure dégradée en cas de dysfonctionnement technique. Il faut également s'assurer de la protection sécurisée des données auprès du prestataire de service (que cela soit pour la transmission de la vidéo ou pour la messagerie électronique), grâce à un hébergeur de données certifié pour le stockage des données médicales. Tout cela devra être effectué en conformité avec le règlement général

sur la protection des données (RGPD) (p.2 de la fiche mémo) et la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé (PGSSI-S).

L'HAS rappelle la nécessité de se former à la communication à distance, à l'utilisation du matériel et des outils.

Avant une téléconsultation, il faut recueillir le consentement éclairé de la personne à la télémédecine, et ce après l'avoir informé de tous les tenants et aboutissants de cette pratique.

Il devra être informé de manière systématique :

- Des alternatives possibles à la téléconsultation (consultation en présentiel) ;
- Des modalités pratiques et techniques de cet acte ;
- De la possibilité d'être accompagné d'un professionnel ;
- De la protection des données médicales recueillies ;
- De l'absence d'enregistrement et de la confidentialité de cette consultation.

La téléconsultation doit aussi être pertinente pour chaque patient, et si cela ne semble pas être le cas, le professionnel doit mettre fin ou ne pas débuter le suivi télémedical, et réorienter le patient.

Le cas de la primoconsultation est abordé. « La téléconsultation est d'autant plus pertinente que la relation patient-professionnel est bien établie » (p. 3). La primotéléconsultation doit alors être adaptée, notamment sa durée, pour permettre de tisser ce lien avec le malade et explorer plus en détail ses antécédents par exemple. L'HAS rappelle qu'il ne s'agit cependant pas d'un motif d'exclusion.

L'HAS rappelle la nécessité d'intégrer la télémédecine dans le parcours de soin du malade, ainsi que ses exceptions, déjà prévues par l'assurance maladie (Cf. **I.4.2**).

Un rappel de sécurité sur l'identité du malade et du médecin doit être organisé pour minimiser les risques dans les soins. Il convient de s'assurer de qualités audio et vidéo optimales, qui permettront une meilleure compréhension entre les acteurs lors de la téléconsultation. Il n'est en revanche pas fait mention de la prescription thérapeutique et de ses modalités de transmission.

Elle insiste aussi sur la nécessité d'évaluer cette pratique par des questionnaires de satisfaction donnés aux patients, ainsi qu'un suivi et une analyse des événements indésirables. Il faut penser, par exemple, aux problèmes techniques, aux interruptions de téléconsultation, à la qualité de la vidéo. Ceci pourrait être réalisé dans le cadre des

Évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) selon l'HAS. Nous le mentionnons d'autant plus qu'il s'agit de l'objectif principal de ce travail, grâce aux questionnaires d'opinion et à la recherche d'évènements indésirables. Nous avons en outre adjoint l'avis du télé-psychiatre, et ce, avant même que cette recommandation ne soit publiée (puisque le protocole de recherche de cette thèse a été déposé en avril 2019).

Toutes les règles spécifiques à la télémédecine en France sont issues du Code de Santé Publique article R.6316 (sous-catégorie 1, 2, 3, 4, 9, 10), définissant la télémédecine, le consentement éclairé du patient, la nécessité de formation... (23)

I.4.4. Les expérimentations de télépsychiatrie en France

On retrouve à ce jour peu d'expériences de télépsychiatrie sur le territoire français.

La première expérimentation date de 1999 entre le CHU de Nice et le CH de Tende (Alpes-Maritimes). Le docteur Stab avait profité d'un service de télémédecine utilisé pour des téléexpertises en pneumologie et traumatologie, pour suivre 8 patients par visioconférence (30). Ceux-ci avaient rapportés un sentiment d'écoute identique à des consultations en présentiel, et 85% ont préféré les téléconsultations au déplacement sur Nice.

Par la suite, une seconde expérimentation a eu lieu en Haute-Normandie en 2008 (31) : le docteur Nebout a rapporté dans sa thèse les résultats d'une étude de faisabilité et de satisfaction sur l'utilisation de la télépsychiatrie dans trois CMP ruraux, une activité de psychiatrie de liaison dans un Établissement d'hébergement pour Personnes âgées Dépendantes (EHPAD) et dans un centre d'accueil familial thérapeutique (AFT). 33 patients ont participé à cette évaluation, dont 26 ont répondu à une étude de satisfaction. L'acceptabilité, la faisabilité technique et la satisfaction des patients, comme des soignants, sont apparues satisfaisantes. En effet, seulement 18% des patients avaient refusé la prise en charge télé médicale, et la majorité (80%) du personnel soignant et médical a jugé satisfaisante la qualité technique du matériel. Dans cette expérimentation, aucune consultation (sur 123) n'avait été annulée pour des raisons techniques. Les niveaux de satisfaction globale des patients inclus allaient de « favorable » à « très favorable ». Le docteur Nebout concluait à une bonne faisabilité de la télépsychiatrie en pratique clinique. Il s'agissait malheureusement d'un petit échantillon de patient (n=33) peu représentatif de la population générale. Ce travail concluait sur la nécessité de contrôler l'efficacité de la téléconsultation en psychiatrie de façon comparée à des consultations classiques en CMP. Il est intéressant de noter que ce

programme de téléconsultation est toujours en cours à l'heure actuelle et a même été étendu. Il s'agit maintenant du programme TISSE de télémédecine en structure médicosociale. Plus de 230 téléconsultations, dont 90% de psychiatrie du sujet âgé, sont à ce jour comptabilisées dans ce programme (32).

Parallèlement, en 2008, le docteur Boyer a obtenu que la télépsychiatrie soit utilisée à titre d'essai au CH de Lannemezan. Ce psychiatre suivait une fois par mois par visioconférence une dizaine de patients en psychothérapie. Ces patients étaient suivis par des infirmiers en face-à-face une à deux fois par semaine.

Plus récemment en 2008, le travail de thèse du docteur Labouré-Faisantieu de Caen visait à évaluer les pratiques et représentations de la télépsychiatrie pour les psychiatres normands (33). Sur 181 psychiatres répondants, 55,8% 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 contrairement à la téléexpertise. Les psychiatres semblaient donc encore partagés sur l'utilisation de la téléconsultation en psychiatrie. Parmi les raisons limitantes, 36 des personnes interrogées rapportaient le biais relationnel potentiel que peut provoquer la visioconférence. 19 rapportaient la nécessité d'une relation directe et d'un media particulier (le dessin), spécifiques aux populations pédiatriques. Il s'agissait de dispositions incompatibles pour eux avec une relation thérapeutique à distance. Les autres freins évoqués reposaient sur l'absence d'accès technique ou de connexion internet suffisante, ainsi que le manque d'aisance avec l'outil numérique.

Parmi les autres expérimentations en France, il faut noter le projet PROMETTED (PROgramme MEDical de Télépsychiatrie pour enfants et adolescents présentant un Trouble Envahissant du Développement) (34), qui associe deux Centres de Diagnostic et d'Évaluation de l'Autisme de la région Ile-de-France et cinq structures médico-sociales accueillant des enfants avec troubles autistiques et retards sévères du développement. Le CH Sainte-Anne est le pilote de cette initiative innovante, qui permet d'améliorer la qualité des soins, de faciliter leur organisation et l'accès à un avis spécialisé pour les enfants autistes. Grâce notamment à un service de santé numérique, l'Outil Régional de Télémédecine en Ile-de-France (ORTIF), PROMETTED permet des activités de téléconsultation et de téléexpertise pédopsychiatriques d'enfants autistes.

D'autres expérimentations ont eu lieu ou sont toujours en cours :

- Au Service Hospitalo-Universitaire de psychiatrie de la Martinique, un projet de télépsychiatrie pour la Martinique et la Guyane a été mis en œuvre, dans le cadre du

projet international ISLANDS (*Integrated System for Long distance psychiatric Assistance and Non-conventional Distributed health Services*) ;

- L'ARS des Hauts de France gère 4 projets de télépsychiatrie du sujet âgé avec une trentaine d'EHPAD de la région ;
- La Croix Rouge française, via le centre médico-chirurgical de Kourou, bénéficie depuis 2002 d'une station de visioconférence utilisée pour la téléexpertise en psychiatrie pour les détenus. Ce processus commence à se développer en France dans d'autres centrales pénitentiaires ;
- Un dispositif de télésanté entre le CRA (Centre Ressource Autisme) de Brest et l'EPSM (Établissement publique de santé mentale) de Vannes, assurant des soins spécialisés dans une structure médico-sociale pour personnes atteintes d'autisme ;
- Le service EUTELMED est un service de télémédecine avec des psychologues et des psychiatres à destination des français expatriés à l'étranger, piloté par le docteur Astruc ;
- Le Projet AGETELEPSY met en lien le Pôle de Psychiatrie Adulte de Rennes avec 4 EHPAD grâce à la télémédecine ;
- Au sein du groupe hospitalier des Hôpitaux Universitaires Paris Ouest, un programme de téléconsultation et de téléexpertise a été mis en place en juin 2016, « TéléPsyGé ». TéléPsyGé permet de répondre aux demandes d'avis psychiatriques des EHPAD équipés d'un dispositif de télémédecine. Il est à noter que le Centre Ressource Régional de psychiatrie du sujet âgé Ile de France (CRRpsa) est engagé dans l'élaboration de recommandations sur la bonne utilisation de la télémédecine en psychiatrie du sujet âgé.

Ce récapitulatif ne se veut pas exhaustif. D'autres projets ont probablement vu le jour ou sont en construction, tandis que certains ont pu périr depuis. Il est important de noter que la télépsychiatrie se développe progressivement en France, avec de multiples projets dans tous l'Hexagone et dans les DOM-TOM. Mais cela montre aussi que nous sommes encore en phase d'expérimentations individuelles, et qu'il n'existe pas à ce jour de grand projet national rassembleur et organisateur. Ces multiples projets sont aussi directement en lien avec les différents champs d'action de la télépsychiatrie, allant de la pédopsychiatrie à la psychiatrie pénitentiaire.

I.5. Indications et champs d'action de la télépsychiatrie

Le concept de télémédecine est en plein essor, il est donc normal de constater une intensification du nombre de publications sur le sujet depuis vingt ans, notamment en psychiatrie. De plus en plus d'articles viennent argumenter sur le sujet, abordant les implications éthiques et techniques, au travers d'études randomisées, de revues de la littérature et même de méta-analyses plus récemment.

D'un point de vue généraliste, on retrouve notamment la revue de la littérature de Garcia-Lizana et ses collaborateurs (35) : ils ont compilé 10 études contrôlées randomisées portant sur plus de 10 patients (soit 1054 patients en tout), toutes pathologies confondues. Malheureusement, ils concluent à la faiblesse des preuves d'efficacité de la télépsychiatrie dans le traitement des troubles mentaux. Il n'est pas non plus retrouvé de preuve suffisante d'une balance coût-efficacité positive. Des résultats positifs concernant la qualité de vie, la satisfaction des patients et l'adhésion aux soins ont été en revanche retrouvés en comparaison avec les consultations en présentiel. La télépsychiatrie semble améliorer l'accessibilité aux soins, diminuer les coûts, les temps de déplacement, et même être utile dans l'éducation thérapeutique. Selon les auteurs, malgré le manque de preuves scientifiques robustes, la télépsychiatrie semble faisable et efficace, et n'entraînerait aucune complication ou conséquences dommageables. Ils insistent enfin sur le fait que la télépsychiatrie constitue une alternative efficace à la consultation face-à-face, quand celle-ci n'est pas possible.

A partir d'une revue d'articles publiés entre 1965 et 2003, Hilty et coll. (36) concluent à l'intérêt et l'efficacité de la télépsychiatrie, mais modèrent aussi leur propos par la nécessité d'études randomisées plus robustes. Ils approuvent sa faisabilité, son gain d'accessibilité aux soins, la possibilité d'éducation des patients. Ils notent enfin la capacité à renforcer l'*empowerment* (sentiment d'appropriation) des malades.

De leur côté, Norman et son équipe ont compilé des articles sur l'évaluation, la satisfaction et la caractéristique coût-efficacité de la télépsychiatrie (37). Ils rapportent une bonne satisfaction des patients, et une bonne rentabilité de la méthode de consultation.

De façon intéressante, Hyler et coll. ont comparé en 2005, dans une méta-analyse de 14 études (regroupant près de 500 patients), l'évaluation clinique psychiatrique effectuée en téléconsultation à celle en face-à-face (38). En effet, il paraît indispensable que le diagnostic établi en téléconsultation soit identique à celui qu'on aurait pu poser en face-à-face. Ils n'ont

retrouvé aucune différence d'évaluation diagnostique et clinique, ou même de satisfaction des patients entre les deux bras.

Enfin, nous pouvons citer l'étude clinique de O'Reilly et coll. (39), dans laquelle des patients étaient assignés de façon randomisée en entretien classique ou en téléconsultation. Les investigateurs ne trouvaient aucune différence de satisfaction ou d'efficacité (amélioration de la santé mentale fonctionnelle après consultation). Le coût par patient serait même inférieur de 10% dans le groupe télémédecine. Il s'agit encore d'une étude encourageante sur le sujet, malgré un suivi à court terme (4 mois).

Dans tous les cas, la télémédecine semble pouvoir être adaptée à toutes les indications ou catégories de patients psychiatriques, comme le propose l'AETMIS (voir figure 4).

Liste des situations cliniques compatibles avec la télépsychiatrie	
▪ Évaluation ou confirmation diagnostique	▪ Expertise médico-légale
▪ Élaboration de plans de soins cliniques	▪ Certaines urgences psychiatriques
▪ Thérapie psychiatrique	▪ Réunions d'étude de cas et supervision d'équipes de soins
▪ Suivi et révision des médicaments	▪ Thérapie individuelle, de couple ou familiale
▪ Suivi et révision des traitements	▪ Thérapie de groupe
▪ Évaluation et thérapie psychologiques	▪ Psychoéducation
▪ Administration de tests psychologiques et neuropsychologiques (<i>testing</i>)	▪ Pharmacopédagogie

Figure 4 : Liste des situations cliniques compatibles avec la télépsychiatrie selon l'AETMIS (21)

I.5.1. La télémédecine dans la dépression

L'équipe de Garcia-Lizana proposait en 2010 une revue d'articles concernant plus spécifiquement le traitement de la dépression grâce à la télémédecine, en regroupant 10 études cliniques, dont 4 utilisaient la visioconférence, 5 internet plus généralement, et la dernière un système d'ordinateur intégrant le téléphone. Cette revue ne retrouvait pas suffisamment de preuve, mais plutôt une tendance, à une efficacité similaire pour la prise en charge de la dépression (40).

Dès 2004, une étude avait comparé soins en présentiel contre soins en télépsychiatrie pour 119 patients atteints de dépression dans une étude randomisée contrôlée (41). Celle-ci montrait l'absence de différence dans l'amélioration de la dépression, concernant l'observance médicamenteuse et l'adhésion aux soins. D'un point de vue économique, le coût par téléconsultation était plus élevé, sauf si l'on prenait en compte le coût de déplacement vers les cliniques éloignées. Élément important, la télépsychiatrie n'avait pas augmenté la consommation globale de ressources en soins de santé.

Il est d'ailleurs à noter qu'une étude du psychologue K. Kobak a cherché à évaluer l'impact potentiel de la vidéoconférence sur la fiabilité inter-juges des diagnostics cliniques (42). Grâce à 4 évaluateurs, ce protocole comparait la fiabilité inter-juges de 3 cohortes de patients. Chaque paire d'évaluateurs a mené indépendamment un entretien avec le même patient par visioconférence dans la première cohorte, en face-à-face dans la seconde, et enfin un entretien en face-à-face et en visioconférence pour la dernière. Ses résultats montraient l'absence de différence entre tous les scores à la *Hamilton Depression Rating Scale*, et notamment entre le face-à-face et la télémédecine. La transmission par visioconférence d'un entretien clinique ne semble donc pas affecter la qualité de cet entretien au point de modifier le diagnostic clinique établi pendant celui-ci. Il s'agit là d'un point positif important en faveur de la téléconsultation.

Plus récemment en 2018, Berryhill et ses collaborateurs ont réalisé une revue de la littérature portant sur l'efficacité et l'efficience de la psychothérapie par visioconférence dans la dépression (18). 22 des 33 études incluses retrouvaient une amélioration des symptômes dépressifs à l'issue du traitement. La majorité des psychothérapies évaluées était représenté par la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) ou l'activation comportementale (*behavioral activation*). Il n'était en revanche pas possible de conclure sur la non-infériorité de la visioconférence par rapport au présentiel, du fait du manque de robustesse des études. Cette revue concluait à la nécessité d'initier plus d'études randomisées sur le sujet, et d'identifier des thérapies adaptées à la télémédecine, ainsi que les sujets chez lesquels la télépsychothérapie pourrait être plus pertinente.

I.5.2. La télémédecine dans les troubles psychotiques

On pourrait craindre une aggravation des symptômes paranoïaques notamment chez nos patients délirants, lors de l'utilisation de ce type de technologie (délire à thématiques de

surveillance, d'espionnage, de persécution, de complot, etc...), et de ce fait, leur réticence à cette pratique, voir sa contre-indication potentielle.

Sharp et ses collègues avaient proposé une revue de la littérature à ce sujet (43). Leur conclusion était que l'évaluation et le traitement par visioconférence étaient équivalents à ceux effectués en personne, tant en matière de tolérance que d'acceptation. Il y avait peu de preuves que les patients souffrant de psychose aient des difficultés avec la visioconférence ou connaissent une exacerbation de leurs symptômes. La distance avec le praticien pouvait même être au contraire un facteur favorisant la téléconsultation.

Dans leur étude (sur un faible nombre de patients), Zarate et ses collaborateurs ont évalué la passation, et donc le résultat, de tests psychométriques sur les patients schizophrènes, en comparant leurs scores en présentiel, en téléconsultation avec une bande passante de faible débit et enfin en haut débit (44). Ils concluaient à une évaluation fiable de la gravité des symptômes par la technologie de la vidéoconférence. De plus, l'acceptation de la vidéo par les patients et les évaluateurs était satisfaisante dans les deux cas. Néanmoins, une bande passante moins puissante ne permettait pas une lecture optimale du non verbal du patient, ce qui est pourtant indispensable dans cette pathologie.

On retrouve également des études sur l'utilisation de la télémédecine pour la prise en charge des premiers épisodes psychotiques chez de jeunes patients (45). Dans cette étude de très faible niveau de preuve, il est intéressant de noter qu'environ 74% de ces patients étaient favorables ou plutôt favorables à la télépsychiatrie. Ils faisaient part de leurs préoccupations, notamment sur la perte de contact humain et leurs doutes vis-à-vis de la confidentialité de la consultation.

I.5.3. La télépsychiatrie du sujet âgé

Les personnes âgées constituent une population qui nécessiterait peut-être plus que d'autres une prise en charge en télémédecine, du fait de son augmentation, de ses difficultés d'accès aux soins, et de la fragilité physique, psychique et sensorielle de ces malades. La télémédecine pourrait permettre d'optimiser leur prise en charge en évitant leurs déplacements, et en améliorant l'accès à des soins de spécialités. En effet, selon Di Maggio (46), elle permettrait d'augmenter leur qualité de vie, d'optimiser le temps pour les soignants, les médecins, et de diminuer les coûts de déplacement, et ce, d'autant plus si le malade est invalide. Cela diminue par ailleurs le risque de portage infectieux et d'infections nosocomiales.

Il est d'ailleurs important de noter que les EHPAD sont régulièrement situés dans des zones rurales directement sous dotées en médecins.

Shore et son équipe retrouvaient une satisfaction globale dans leur étude, dans laquelle les malades âgés montraient tout de même leur préférence pour la consultation en face-à-face. En revanche, ils s'exprimaient plus en faveur de la téléconsultation plutôt qu'une consultation conventionnelle avec un déplacement géographique important (47). Les soignants se montraient quant à eux globalement satisfaits. Ils reprochaient la contrainte de l'accompagnement du patient à la téléconsultation. Ils appréciaient en revanche la diminution des besoins de déplacements, du temps d'attente des malades, et leur plus grande implication dans la prise des décisions médicales (47).

L'APA propose d'ailleurs l'inclusion des aidants du patient aux téléconsultations, avec la permission de celui-ci (48).

En France, les expérimentations de terrain se multiplient. Localement, un programme de téléexpertise en psychogériatrie a été initié avec les EHPAD de la vallée de la Gorre (Haute-Vienne) avec la participation du docteur Merveille du CH Esquirol. Une psychiatre de Gironde a mis en place des téléconsultations dans une EHPAD de Creuse (près de Boussac). Des expérimentations étaient déjà en cours à Rennes depuis 2007 : elles retrouvaient une absence de réticence de la part des patients qui en appréciaient le confort (31). Les infirmiers pouvaient débriefer et échanger avec le médecin avant et après, et donc aider à la communication et au soin pendant l'entretien. Cela apportait une plus-value à la consultation d'un point de vue clinique, éthique et de sécurité. Il ne s'agit pas là d'études randomisées de forte robustesse, mais plutôt d'études de terrain naturalistes, destinées à expérimenter la télémédecine en conditions réelles.

Selon une étude de Cullum, la fiabilité des tests neurocognitifs chez les personnes âgées semble identique en présentiel et en télémédecine (49) : en effet, les auteurs les ont soumis à une batterie de tests neuropsychologiques courants via la visioconférence, et parallèlement en face à face. Il s'agissait de 14 personnes âgées souffrant de troubles cognitifs légers et 19 personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer d'intensité légère à modérée. Des résultats très similaires ont été obtenus lorsque les participants ont été testés en personne et via la visioconférence. Même si l'échantillon était peu important dans cette étude, il semble tout de même que les tests neurocognitifs pour les patients âgés soient aussi fiables qu'en face-à-face.

Une des limites dans cette tranche d'âge paraît évidente : les troubles de compréhension dans les déficiences cognitives et sensorielles. Néanmoins, dans une étude menée en Corée, dans laquelle des patients atteints de troubles neurocognitifs participaient à des téléconsultations de psychiatrie, les avis recueillis montraient une inquiétude en début de prise en charge, puis une aisance qui s'installait au fur et à mesure des téléconsultations (50).

Dernière difficulté, l'examen clinique impossible à distance est un frein à la qualité du soin, là où l'intrication somatique-psychique est la plus importante. Cette problématique peut cependant être contournée avec l'utilisation de la téléexpertise en présence du médecin traitant.

I.5.4. La télémédecine en pédopsychiatrie

La télémédecine est utilisée dans le traitement de la dépression des mineurs (51) : en donnant par exemple des soins directement à domicile, à l'école, dans les centres éducatifs ou dans les foyers. Elle permet de faciliter aussi la prévention, la détection précoce et le traitement des pathologies pédopsychiatriques, tels que l'entrée dans la psychose, dans le trouble bipolaire ou encore les conduites addictives.

Plusieurs études, ainsi que de nombreux petits essais randomisés, indiquent l'efficacité du traitement dispensé par visioconférence, même s'il faut rester prudent sur le niveau de preuve de ces études au vu de leurs petits échantillons (48). En tout état de cause, les pédopsychiatres et les familles, qui orientent les patients vers les services de télépsychiatrie, se déclarent a posteriori très satisfaits de la prise en charge. De plus, la capacité à établir un lien thérapeutique de qualité avec les jeunes et leurs familles, par le biais de la technologie, semble plutôt bien établie.

Une étude sur son utilisation en pédopsychiatrie de liaison dans les services d'urgences pédiatriques a été menée : elle concluait à une efficacité clinique et opérationnelle, ainsi qu'à une expérience positive des patients et des familles (52).

Dans le cadre particulier des enfants, l'APA rappelle la nécessité de prendre en compte leur stade développemental, et notamment de leurs capacités sensorielles et de leur apprentissage du langage (48). Comme dans une prise en charge classique en face-à-face, les membres de la famille doivent être conviés à la téléconsultation pour apporter tous les éléments que le jeune patient ne peut aborder lui-même, et participer au travail psychothérapeutique. Elle propose même la présence d'un tiers « facilitant » pour aider à la consultation (on peut penser par exemple aux éducateurs intervenants dans la famille).

Un dispositif de télésanté a été créé en Bretagne pour permettre des soins spécialisés dans l'autisme (53). L'objectif était de préciser le diagnostic en téléexpertise, aider à l'accompagnement des résidents, former le personnel soignant et proposer des téléstaffs pour discuter de façon collégiale des cas.

I.5.5. La télépsychiatrie d'urgence

Shore et ses collaborateurs ont proposé des conduites à tenir préparatoires pour gérer d'éventuelles situations d'urgence au cours d'un acte de télépsychiatrie (54). Ils proposent par exemple de recenser les ressources disponibles en cas d'urgence sur site (accès aux urgences psychiatriques, à une consultation en urgence auprès d'un psychiatre ou médecin généraliste physiquement), et de définir en amont des procédures auxquelles se rapporter en cas de nécessité. Ils proposent aussi une surveillance à distance des symptômes par le biais d'e-mails ou par téléphone. L'APA propose d'ailleurs l'utilisation de ce qu'ils nomment un « *Patient Support Person* », c'est-à-dire une personne proche, choisie par le patient, qui puisse être contactée en cas d'urgence (équivalent anglo-saxon de notre personne de confiance) (48).

Dans une autre perspective, différents programmes de télépsychiatrie ont été développés dans des services d'urgence hospitaliers. La satisfaction pour ce service était bonne, tant pour les patients que pour les soignants. Cela permettrait un service spécialisé plus rapide et de qualité, en diminuant l'encombrement des urgences et les coûts de soins (55). Il s'agirait donc selon les auteurs d'un outil acceptable, disponible, efficace et économique.

Au regard de la littérature, il apparaît une tendance à l'utilisation de la téléexpertise, plutôt que la téléconsultation, dans le contexte de l'urgence psychiatrique. C'est en particulier le cas en Australie, où médecins généralistes et urgentistes se déclaraient alors plus à l'aise, se sentaient aidés, grâce à un service psychiatrique plus accessible (56).

I.5.6. La télémédecine en addictologie

L'utilisation de la télémédecine a également été étudiée dans les troubles d'usage des substances, notamment dans l'étude de King et ses collaborateurs (57). Malgré une forte attrition, ce travail retrouvait des taux de présence, de satisfaction, d'alliance et de rechutes similaires entre le bras télémédecine et le bras présentiel.

Dans deux revues de la littérature (58) (59), les auteurs retrouvaient une efficacité clinique dans la prise en charge des addictions, ainsi qu'une satisfaction importante des patients. Cela fait de la télémédecine une alternative efficace aux soins en présentiel (notamment lorsque l'accès à ces soins était limité).

I.5.7. La télépsychothérapie et l'alliance thérapeutique

Depuis longtemps, la psychothérapie s'est saisie des nouvelles technologies pour les adapter à ses différentes pratiques. Plusieurs articles ont fait le point sur leurs différentes utilisations en télémédecine, sur leur faisabilité, acceptabilité et leur efficacité.

On trouve tout d'abord la revue de la littérature de Backhaus et ses collègues (60). Ils retrouvent majoritairement dans la littérature des exemples de télépsychothérapie individuelle, et plus rarement de la télépsychothérapie familiale ou groupale. La majorité des psychothérapies utilisées étaient représentées par les TCC et d'autres techniques qui peuvent y être rattachées (thérapie d'exposition, thérapie comportementale notamment). On retrouvait quelques exemples d'autres courants psychothérapeutiques ayant essayé la télémédecine : le biofeedback, l'hypnose, la thérapies solutionniste, et la psychanalyse notamment. Cet article retrouvait une satisfaction des malades, que ce soit dans les études comparatives ou non. Les auteurs notaient aussi que la technique avait finalement peu d'impact sur cette satisfaction. Il n'y avait pas de différence significative dans l'efficacité des prises en charge des pathologies anxio-dépressives, mais du fait d'échantillons insuffisants et des faiblesses méthodologiques retrouvées, ces résultats n'étaient pas statistiquement significatifs. Six ans plus tard, Berryhill et ses collaborateurs concluaient, eux, à une efficacité statistiquement significative dans le traitement télépsychothérapeutique de la dépression, puisque dans leur méta-analyse, on ne retrouvait pas de différence significative avec le traitement psychothérapeutique en face-à-face (18). Norwood et son équipe ont eux aussi travaillé sur l'efficacité de la télépsychothérapie, mais ils retrouvaient une efficacité non inférieure aux thérapies conventionnelles, mais non significative statistiquement (61). Parallèlement, leur revue d'articles s'est intéressée à l'alliance thérapeutique dans la télépsychothérapie. Ils concluent à une alliance inférieure en télépsychothérapie par rapport à la thérapie conventionnelle, mais de façon là aussi non significative d'un point de vue statistique.

Le lien thérapeutique est un facteur très important dans la relation entre le thérapeute et le patient, et qui influe sur le succès de la thérapie. On ne rappellera pas l'importance de

l'affiliation dans le déroulement d'une séance d'hypnose et dans la motivation au changement du patient.

L'alliance thérapeutique est composée de multiples éléments, parmi lesquels on trouve le lien (l'acceptation, le soutien et la compréhension dans la relation), le partenariat (travailler ensemble à des tâches thérapeutiques), la confiance (le patient pense que le thérapeute est compétent et optimiste quant aux progrès), l'ouverture (le patient se sent à l'aise de discuter de questions personnelles sans crainte d'embarras) et l'initiative (le patient prend la direction de la thérapie) (62) (63).

Une revue de la littérature s'est penchée sur l'alliance thérapeutique en psychothérapie par visioconférence (64). Les auteurs retrouvaient 23 articles sur le sujet, dont 7 avec des modèles d'études randomisées. L'étendue des pathologies étudiées était large : trouble panique, trouble de personnalité, état de stress post traumatique... Les modèles psychothérapeutiques utilisés étaient surtout représentés par les TCC et par des thérapies brèves orientées solution. Cette revue retrouve tout d'abord une alliance thérapeutique identique entre les patients vus en visioconférence et ceux en face-à-face. Même avec des groupes de patients aux pathologies différentes, les niveaux d'alliance thérapeutique allaient d'un niveau modéré à élevé. Ce lien thérapeutique se renforçait aussi au fur et à mesure du suivi. La visioconférence a pu faciliter la cordialité des échanges, et le sentiment de présence pour les deux protagonistes, qui pouvaient être complètement absorbés par l'échange sans être distraits par la technologie. Certains ont même rapporté une meilleure communication en vidéo, car celle-ci les obligeait à attendre la fin de la phrase de l'autre intervenant pour répondre. Dans beaucoup de cas, les malades ont rapporté une diminution de la gêne et une augmentation de la sensation de contrôle, les autorisant à échanger plus librement qu'en face-à-face. À l'inverse, certains patients trouvaient que la vidéo était une barrière à la communication. Cependant, on note une adaptation de leur communication à travers les visioconférences et l'alliance thérapeutique s'en est trouvée renforcée. Les patients semblent plus actifs via les NTIC du fait d'un plus grand sens de leur responsabilité dans la relation thérapeutique, et d'une aisance plus importante.

D'autres articles arrivent aux mêmes conclusions : une alliance non compromise par la visioconférence, qui n'empêche pas la profondeur des sujets abordés ou des émotions ressenties par les malades (65) (66) (p. 215).

A propos de la communication en télépsychiatrie, une étude de Miller en 2003 montrait que, quasiment tous les éléments de la communication analysés apparaissaient équivalents entre la visioconférence et le face-à-face (67) (Cf. **I.6.2.1.**). Seule l'analyse du comportement non-verbal ressortait plus négativement. Selon certains auteurs (68), la communication

émotionnelle ne passe qu'à raison de 7% par le verbal, mais 55% par la posture, le regard et le contact visuel. C'est probablement le principal point faible de la télépsychiatrie. Un manque de définition ou un défaut technique audio/vidéo peut priver le médecin et/ou le patient du retour émotionnel non-verbal pendant leur échange. En hypnose par exemple, l'hypnothérapeute doit pouvoir créer et entretenir l'affiliation avec le sujet, mais aussi pouvoir repérer les indices de transe et les réactions émotionnelles que le patient va présenter. Si la technique ne permet pas de repérer de façon claire un changement de rythme de respiration, des déglutitions, et surtout des changements physiques (pleurs, tension, relâchement...) lors de la transe, alors cette technique se trouvera amputée d'une partie de ses outils et donc de son efficacité.

Miller rapporte justement qu'il conviendrait de poursuivre des études sur le sujet pour comprendre la dynamique interpersonnelle via les NTIC, et ses effets sur l'échange, ainsi que pour mettre en application les ajustements technologiques facilitant la communication via les NTIC (69) (voir figure 5).

<i>Rencontre face-à-face</i>	<i>Rencontre virtuelle</i>
<i>Deux humains l'un en face de l'autre</i>	<i>Deux humains face à une image l'un de l'autre</i>
<i>Aucun appareil entre le médecin et son patient</i>	<i>Appareils entre les deux acteurs (caméra – moniteur)</i>
<i>Contact physique possible (poignées de main, gestes cordiaux)</i>	<i>Contact physique impossible</i>
<i>Les voix sont naturelles, reçues et entendues en temps réel</i>	<i>Voix électronique (timbre modifié)</i>
<i>Le contact visuel</i>	<i>Contact visuel via un écran (difficulté ou impossibilité de capter le regard ou la personne dans sa totalité) Le non-verbal peut être imperceptible</i>
<i>Endroit de consultation habituel et connu (espace commun partagé)</i>	<i>Endroit de consultation peut varier (2 espaces distincts)</i>
<i>Confidentialité assurée par la présence d'un seul thérapeute, et physiquement dans des bureaux habituellement insonorisés</i>	<i>Possible présence d'un tiers ? Possibilité d'enregistrement de l'entrevue</i>

Figure 5 : Paramètres de la rencontre en face-à-face et en téléconsultation (69)

Il nous paraissait intéressant de pouvoir utiliser cet outil lors des téléconsultations. Nous avons donc proposé un travail sur le modèle psychothérapeutique d'hypnose et de thérapie brève (HTB) utilisé en téléconsultation, dans un mémoire du Diplôme Universitaire d'Hypnose et Thérapies Brèves de la Faculté de Médecine de Limoges (70). Le propos de ce travail était de se demander s'il était possible d'utiliser les thérapies brèves solutionnistes et stratégiques, ainsi que l'hypnose, à travers la visioconférence dans une téléconsultation de psychiatrie. Savoir si une séance d'hypnose était faisable sans la présence physique du thérapeute, mais via un écran et un casque audio, nous paraissait intéressant à déterminer.

Si l'on part du principe que la téléconsultation et les psychothérapies par visioconférence permettent un échange correct entre le médecin et le patient, au moins égal à un face-à-face, alors l'utilisation de la thérapie brève en télémédecine ne pose pas forcément plus de questionnements. L'affiliation y est un élément-clé. Elle est aussi très importante dans une consultation psychiatrique, et peut se tisser au travers de l'outil numérique.

Ce dernier permet en effet une alliance thérapeutique d'un niveau identique à celle d'une consultation conventionnelle d'après Ghosh (71), même si la puissance du signal audio/vidéo n'est pas très puissante, et ne permet pas une analyse fine de la gestuelle. De même, cette affiliation augmente progressivement au fur et à mesure des séances, comme dans un suivi conventionnel (64).

L'hypnose en elle-même pose question : est-il possible d'induire un état modifié de conscience à distance, par l'intermédiaire d'un casque audio par exemple ?

Même si on ne retrouve presque pas de publications sur le sujet, une seule étude a été menée par Simpson en 2002 (72). Sur un petit échantillon de 15 patients auxquels ont été proposé une séance d'hypnose par visioconférence, l'auteure retrouvait une bonne satisfaction, et un intérêt capital de la qualité vidéo pour que le thérapeute ajuste ses suggestions aux réactions émotionnelles et comportementales du patient. Pour Simpson, l'hypnose pourrait donc être pratiquée avec succès sur des patients en téléconsultation, même s'il nécessite davantage de preuves scientifiques pour l'affirmer.

Notre travail de mémoire s'appuyait sur une revue de la littérature sur le sujet, et de la présentation d'un cas clinique : une séance de psychothérapie brève puis d'hypnose sur une patiente suivie en téléconsultation au CMP de Guéret (70).

La synthèse de ce cas clinique et de la littérature retrouvait de bonnes faisabilités et acceptabilités pour le patient et le thérapeute. Cette expérience a montré que malgré une qualité audio et vidéo passable, on pouvait conduire un entretien de thérapie brève et induire un état modifié de conscience a priori semblable à une consultation conventionnelle. Les

phases d'induction, de transe et de sortie de transe ont été possibles, et, au vu des réactions émotionnelles de la patiente, suffisamment efficaces.

On peut se demander si l'absence physique du thérapeute ne permet pas une meilleure confiance pour le sujet, un meilleur sentiment de contrôle, et une appréhension diminuée vis-à-vis du thérapeute. L'éventuelle impression négative d'une ascendance, d'un pouvoir du thérapeute sur le patient serait alors bien moindre, permettant peut-être plus de lâcher-prise lors de l'induction et de la transe, notamment pour les patients anxieux, présentant des traits paranoïaques ou obsessionnels.

Il apparaît que la partie technique des téléconsultations est centrale : de bonnes, voire très bonnes, qualités audio, vidéo, et de synchronisation audio/vidéo paraissent indispensables au bon déroulement de la séance, mais surtout à l'efficacité du modèle HTB (et des autres modèles psychothérapeutiques). Une image pixélisée ne permettra pas au thérapeute de lire les expressions, les signes de trances et tout le langage non verbal du sujet. Le son venant à dysfonctionner ou être en décalage ralentira la séance, qui manquera de fluidité. A l'opposé, une définition d'image et de son optimale, aidée par un bon cadrage vidéo et un casque-micro adapté permettrait une immersion plus importante, et diminuerait la distance créée par l'outil informatique. On peut même se demander si la voix du thérapeute entendue directement dans le casque ne permettrait pas une plus grande suggestibilité, avec moins d'interférences auditives environnementales et une voix plus proche.

Le lien thérapeutique entre eux deux, même s'il est conservé selon les différentes études retrouvées, est différent de celui en face-à-face, et nécessite un temps d'adaptation (64) (73) (74). Cela est dû à l'absence de communication non verbale claire entre les interlocuteurs si la transmission vidéo n'est pas optimale. Si le patient ne perçoit pas le *mirroring* par exemple que le thérapeute instille, ou ne ressent pas une présence de celui-ci dans la communication, le lien thérapeutique sera difficile.

Au final, la psychothérapie, comme la psychiatrie, semble être possible et même efficace en télé-médecine. Il s'agit d'un élément essentiel, car un psychiatre ne pouvant réaliser de psychothérapie, même simplement de soutien, se trouverait très démuni.

Deux éléments centraux en médecine, et particulièrement en psychiatrie, restent la psychoéducation et l'éducation thérapeutique. Le malade doit être informé, et doit travailler sur les symptômes et éléments déclencheurs de sa pathologie, ainsi que sur l'utilisation et les effets des psychotropes. Cette prise en charge semble aussi une bonne candidate pour la

télémédecine. Elle permettra une facilité d'utilisation, notamment pour les séances groupales par exemple.

Il est indispensable que la télémédecine s'adapte à l'utilisation des psychothérapies, mais probablement aussi que les psychothérapies s'ajustent à la visioconférence. Il est en tout cas sûr que de plus amples recherches et études seront nécessaires, pour confirmer la non-infériorité de la téléthérapie.

I.5.8. La téléexpertise

La téléexpertise permet à un médecin de demander l'avis médical à distance d'un confrère spécialiste concernant la prise en charge d'un de ses patients. L'accord du patient doit aussi être recueilli. Deux niveaux de téléexpertise sont définis par l'HAS : un premier niveau se focalisant sur une question spécifique (avis thérapeutique simple ou lecture d'imagerie par exemple). Le second niveau se définit par un avis médical sur une situation complexe nécessitant l'étude approfondie du dossier.

Lorsque la téléexpertise est demandée par le médecin généraliste en présence du patient, le médecin accompagnant peut facturer une consultation dans les conditions habituelles, parallèlement à celle du médecin téléexpert.

Pour les téléexpertises de niveau 1, cette rémunération est de 12 € par téléexpertise pour le médecin requis, dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient. Pour les téléexpertises de niveau 2, cette rémunération est de 20 € par téléexpertise, dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient.

Pour le médecin requérant, il s'agit d'un forfait annuel : la rémunération est de 5 € par téléexpertise de niveau 1 et de 10 € par téléexpertise de niveau 2, dans la limite de 500 € par an.

Pour le moment, le remboursement n'est autorisé que pour les patients :

- En affection longue durée (ALD) ;
- Atteints de maladies rares comme, par exemple, la mucoviscidose ou l'hémophilie ;
- Résidant en zones dites sous denses et dès lors qu'ils n'ont pas de médecin traitant ou rencontrent des difficultés à consulter rapidement ;

- Résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou dans des structures médicosociales ;
- Détenus.

L'élargissement à tous les patients est prévu pour fin 2020.

Il paraît clair qu'une telle méthode permet à la fois de sécuriser les décisions des médecins demandeurs, et d'aider à la prise en charge des patients de façon plus précoce. Il y aurait moins de recours aux consultations de spécialistes, et donc moins de délai. Cela permettra à celui-ci de voir et d'échanger avec le patient et son médecin de façon plus complète que par téléphone.

I.6. Limites et contre-indications relatives à la télémédecine et à la télépsychiatrie

I.6.1. Contre-indications à la télépsychiatrie

Les guidelines nord-américaines ont rapidement défini des contre-indications relatives à l'utilisation de la télémédecine en psychiatrie.

L'AETMIS apporte en accord avec le travail de Godleski en 2003 (75), des contre-indications spécifiques à la psychiatrie :

- Refus du patient ;
- Patients violents, instables, impulsifs ;
- Patients présentant un risque immédiat de suicide ou de dangerosité ;
- Patients qui nécessitent un suivi spécial non disponible au site primaire ;

Patients à qui une nouvelle doit être communiquée en personne car pouvant engendrer des réactions émotionnelles importantes ;

- Patients présentant une symptomatologie mentale particulière pouvant être exacerbée par l'utilisation d'une technologie (ex : délire de persécution) ;
- Déficiences visuelles, auditives ou cognitives, limitant la capacité à communiquer.

Il est à noter en revanche que différentes études ont montré une bonne acceptation des populations présentant des troubles psychotiques (Cf. **I.5.2.**).

L'AETMIS rappelle aussi que dans les situations d'urgences psychiatriques (notamment celles rappelées dans les contre-indications : risque suicidaire important, agitation), la télépsychiatrie ne peut être utilisée qu'en présence d'un tiers (accompagnant, IDE), et qu'elle n'est pas indiquée et doit être une solution de dernier recours (p.7) (21).

A l'opposé, le guide HAS de recommandations de mai 2019 ne fait jamais mention de quelques contre-indications à cette pratique. L'absence de primoconsultation en présentiel n'y apparaît d'ailleurs pas comme une contre-indication (comme dans le compte-rendu de l'assurance maladie d'ailleurs) : la primoconsultation n'y constitue pas un motif d'exclusion, mais il convient pour l'HAS d'adapter la durée de la téléconsultation, afin d'établir la relation patient-professionnel médical (76).

Toutes ces contre-indications sont donc en lien soit avec le potentiel de dangerosité du patient (pour lui-même ou pour les autres) soit avec la nécessité d'un suivi en face-à-face, ou encore avec une déficience sensorielle ou cognitive.

Toutes les pathologies psychiatriques peuvent engendrer des situations à risque : un risque suicidaire immédiat, une agitation incontrôlable avec auto ou hétéro-agressivité. Les états délirants aigus ne sont pas forcément des situations dangereuses en soi, mais peuvent conduire rapidement aux situations précitées.

En téléconsultation comme en présentiel, ces états sont problématiques. La différence réside en l'absence physique du médecin pour gérer la crise et coordonner la conduite à tenir. Le patient nécessite dans ces épisodes-là :

- Une tentative d'apaisement immédiate de la situation par un discours empathique, calme et concret, et une présence rassurante.
- Un traitement pharmacologique symptomatique sédatif, anxiolytique ou agressolytique.

L'absence du médecin complique déjà la tâche puisque des tentatives d'apaisement à distance par vidéo semblent moins efficaces. Que cette première approche ait un effet ou non, la question suivante sera d'évaluer la nécessité d'une hospitalisation. Si cette option est acceptée par le patient, il faut alors organiser l'hospitalisation à proximité, ce qui est faisable à distance.

En revanche, si une hospitalisation sans consentement est nécessaire, l'absence physique du psychiatre semble à première vue complexifier la situation. Il va falloir s'organiser par téléphone avec les soignants du CMP pour accompagner le patient, rédiger le certificat

médical à distance, expliquer les modalités d'hospitalisation. Et ce, sans évoquer une éventuelle opposition du malade, auquel cas la participation des infirmiers du CMP et de l'hôpital psychiatrique recevant, voire des forces de l'ordre, sera nécessaire.

L'absence physique du praticien semble compliquer ces situations sans cependant les rendre impossible. Il apparaît nécessaire dans tous les cas que les consultations se déroulent en CMP pour bénéficier de l'aide des soignants tant du point de vue organisationnel (prescription, équipement informatique, logiciel) que des soins (accompagnements en téléconsultation, explication des suivis des soins, soins sous contraintes).

Les services privés de télémédecine proposent des consultations au domicile des patients directement. Même si cela paraît possible voire souhaitable, pour certains patients physiquement limités ou fragiles, cela présente un certain nombre d'obstacles : pour les prescriptions envoyées par la poste ou par mails non sécurisés, pour la sécurisation de la transmission vidéo, la confidentialité et le stockage des données. L'absence de soignants présents à proximité peut également faire défaut (aide, apaisement, évaluation du non verbal, hospitalisations avec et sans consentement).

Du point de vue des déficiences cognitivo-sensorielles, il ne s'agit que de contre-indications relatives :

- Une déficience auditive sera plus gênante à travers un haut-parleur d'ordinateur qu'en voix directe, en dépit du fait qu'une aide (casque audio) peut être apportée à ceux qui la demandent ;
- Les déficiences visuelles peuvent être surmontées par l'assistance d'un soignant ;
- De même pour les déficiences cognitives, même si le problème principal se trouvera dans la bonne compréhension des modalités de téléconsultation et donc obtenir un consentement éclairé avec une information adaptée ;
- Les déficiences physiques ne semblent pas être un frein dans des locaux adaptés, elles seraient même plutôt indiquées, puisque diminuant les déplacements.

I.6.2. Limites de la télémédecine et de la télépsychiatrie

Quels sont a priori les obstacles à la télépsychiatrie, à son déploiement en France et au niveau local ? Quels éléments directs et indirectes empêchent son essor, pourtant facilité par la croissance technologique actuelle ?

I.6.2.1. L'absence physique du médecin

Un bureau de consultation vide avec un ordinateur seul auquel faire face, peut apparaître très étrange et gênant pour les malades. Il peut leur être clairement plus difficile d'échanger devant un écran : impersonnalisation, froideur... Il peut être alors encore plus malaisé de se « livrer », d'aborder des sujets très personnels, ce qui est pourtant nécessaire en psychiatrie.

C'est toutefois dans le lien thérapeutique patient-médecin que tout se passe.

Sans une bonne alliance, le patient n'osera pas poser de questions, pourra retenir certains éléments importants pour la prise en charge, aura moins confiance dans le praticien, voire pourra même s'y opposer. L'observance s'en trouvera facilement influencée, la psychothérapie sera rendue difficile, et la guérison plus incertaine.

Le tableau est exagéré et n'est pas spécifique de la télémédecine. Ce genre d'exemples peut tout-à-fait se constater dans les consultations présentielles. Néanmoins, il paraît clair que ce lien thérapeutique est influencé, modifié par l'absence physique du praticien dans le bureau et l'utilisation d'une interface empêchant tout contact direct.

D'ailleurs, la télémédecine (et notamment la télépsychiatrie) ne semble pas provoquer un engouement majeur chez nos collègues psychiatres. Il s'agit de cette peur que la technologie n'affecte considérablement la relation médecin-malade et la rende « artificielle », très distante. Beaucoup de psychiatres placent ce lien au premier plan du soin et redoutent que la visioconférence ne les empêchent de soigner correctement leurs patients.

On remarque aussi une forte inquiétude vis-à-vis de la technologie en tant que telle, alliant la peur d'un *Big Brother* s'insinuant dans leurs soins, et l'appréhension de ne pas la maîtriser.

Le corolaire à l'absence physique du praticien se tient dans la difficulté à explorer la communication non verbale du malade. Le non-verbal rassemble tous les éléments visibles et

non audibles de la communication : les mouvements corporels, la posture, la gestuelle, et toute autre manifestation non verbale chez un être vivant, comme par exemple les pleurs (69). On peut d'ailleurs y rajouter les soupirs, la tension interne, et même tout ce que le patient ne fait pas (exemple : ne pas enlever son manteau, ou les silences).

Dans une méta-analyse de Miller et coll. en 2003 (67), 57 projets de télépsychiatrie ont été examinés, à propos de la relation de communication entre le médecin et son patient. Les résultats de chaque étude ont été codés selon 23 catégories développées à partir de la littérature, et une note positive ou négative a été attribuée à chacun des 213 résultats de communication dans les études. Environ 75 % des résultats étaient favorables à la télémédecine. Mais des 23 éléments de la communication télémédicale analysés, seule la communication non verbale revenait plus souvent négativement que positivement (voir figure 6).

La communication non verbale est un moyen de lecture important de l'état psychique de nos patients, une aide significative à l'évaluation clinique.

Ne voir le patient qu'à partir des épaules, à travers une image et un son de qualité parfois médiocre, coupera parfois complètement de cette lecture non verbale, et sera susceptible de tronquer l'évaluation psychiatrique (voire médicale en général).

Category (no. of studies)	Positive findings (no.)	Negative findings (no.)
Satisfaction (23)	53	3
Outcomes/care quality (24)	51	9
Technology/system attributes (25)	33	19
Participant relations (25)	31	6
Assessment/diagnosis (24)	29	12
Favoured video consultation (18)	27	12
Patient comfort (20)	24	2
Video quality (23)	21	9
Communication efficacy (19)	20	6
Patient expression (15)	19	2
Audio quality (14)	16	13
Anxiety/nervousness (9)	13	3
Miscellaneous affect (7)	12	4
Multiple providers (12)	12	2
Embarrassment (9)	10	3
Provider understanding (5)	7	2
Provider comfort (7)	7	0
Provider expression (6)	6	1
Patient involvement (6)	6	0
Non-verbal behaviour (23)	6	22
Privacy (8)	5	3
Patient understanding (5)	4	1
Shorter encounter length (4)	3	1
Total	415	135

Figure 6 : Avis sur les éléments de communication en télépsychiatrie par rapport au face-à-face (67)

C'est un frein qu'il va falloir lever concernant la technologie utilisée (qualité audio et vidéo optimale, débit de bande passante idéal, grand angle de caméra). En l'absence d'amélioration, un infirmier diplômé d'état (IDE) pourra assister le patient, et ainsi pourra transmettre au psychiatre toute indication non verbale (21) (p.43).

Dans plusieurs cas, les soignants permettent d'accéder à des clés aidant à l'évaluation : par exemple des patients en pleurs au CMP mais souriants aux consultations pour faire bonne figure, des patients présentant des relents d'alcool, une tension interne, une incurie...

In fine, la présence d'un soignant pourra être utile au patient :

- Il ou elle pourra reprendre avec le patient les informations données pour être sûr de sa bonne compréhension ;
- Réexpliquer l'ordonnance prescrite en direct avec le patient sur son exemplaire papier ;

- Participer au recueil des informations, notamment quand il s'agit du soignant qui suit le patient en visites à domicile ;
- Gérer les problèmes audios, de transmission côté patient, etc...

Un médecin absent ne peut ensuite tout simplement pas examiner physiquement le patient. En psychiatrie notamment, l'examen clinique du patient paraît moins indispensable au soin. Mais il n'empêche que la recherche d'une mauvaise tolérance physique des psychotropes est au cœur de nos préoccupations. Un patient qui se plaint de raideurs depuis l'introduction d'un neuroleptique par exemple, ne pourra pas être examiné neurologiquement à travers l'écran. Il sera redirigé vers son médecin traitant, vers une consultation présentielle avec son psychiatre, ou bénéficiera d'un traitement-test correcteur.

L'absence physique du médecin risque aussi de complexifier la prise en charge, notamment dans les cas d'hospitalisation sous contrainte. La présence du médecin semble importante pour coordonner la procédure, informer le patient en direct. En télécommunication ou par téléphone, cela paraît possible mais moins facile.

Il s'agit d'inconvénients non négligeables. Se pose alors la question de la primoconsultation et de consultations de suivi ponctuelles en présentiel, telles qu'elles sont évoquées par l'APA (48).

I.6.2.2. Les limites techniques et technologiques de la télémédecine

La première, et la plus importante, réside dans la sécurité et la confidentialité informatique. Il s'agit de critères très présents dans les différentes recommandations nationales et internationales : l'hébergeur de données et le client de visioconférence doivent sécuriser leur flux et stockage de données, avec les normes de sécurité en vigueur pour des données médicales. L'opérateur ne peut enregistrer le flux vidéo.

Seconde limite technique : la qualité technique audio, vidéo et de synchronisation. Elle est absolument essentielle pour que l'entretien puisse être de bonne qualité à la fois pour le patient et pour le praticien.

Il devient très difficile d'effectuer un entretien efficace si le rendu vidéo est de mauvaise qualité et ne permet pas, par exemple, une bonne lecture du non verbal du patient. De même, un

retard ou une coupure du son, une mauvaise synchronisation, altèrent de façon évidente le bon déroulement de la consultation.

Il convient donc que ces paramètres soient optimisés pour pouvoir tenter d'égaliser une conversation en face à face.

Les *guidelines* canadiennes proposent à cet effet des normes techniques de qualité vidéo, et notamment de débit en bande passante (Cf. chapitre **I.7.1.**).

Il ne faut pas que la consultation et les suivis en général deviennent dépendants de la technique, et des techniciens. La maintenance et l'assistance en urgence doivent être efficaces et rapides, pour pouvoir poursuivre les téléconsultations même en cas de panne logicielle ou de débit réduit. Une plage entière de consultations ne peut être annulée à cause d'une panne informatique.

Par ailleurs, l'absence de signature électronique est encore un frein au développement des téléconsultations et surtout à leur efficacité : la signature manuelle ralentit la prescription et rajoute des étapes longues, fastidieuses, et potentiellement risquées sur le plan de la sécurité informatique.

I.7. Cadre technique, juridique et éthique de la télépsychiatrie

I.7.1. Les normes techniques et numériques

L'AETMIS propose également des normes techniques minimales pour une activité sans interruption et avec une définition suffisante. Elles régissent le codage, la compression, la transmission de l'information.

En premier lieu, la salle de téléconsultation doit être aménagée dans ce but (p.17). Certains experts proposent une salle de petite taille, retirée et insonorisée, d'autres plutôt une salle suffisamment large pour accueillir plusieurs personnes, selon le mode de consultation prévu (voir figure 7).

Dimensions des salles de consultation			
NOMBRE DE PERSONNES	TYPES D'APPLICATIONS	DIMENSIONS MINIMALES	DIMENSIONS OPTIMALES
1 à 3	Téléconsultation	9 x 12 pi (2,74 x 3,66 m)	10 x 15 pi (3,05 x 4,57 m)
3 à 6	Téléconsultation Autres disciplines*	12 x 15 pi (3,66 x 4,57 m)	15 x 20 pi (4,57 x 6,10 m)
6 à 10	Téléconsultation Télé-enseignement Activités administratives	15 x 20 pi (4,57 x 6,10 m)	15 x 25 pi et plus (4,57 x 7,62 m)

* Téléconsultation dans des disciplines exigeant une équipe multidisciplinaire.

Figure 7 : Dimensions des salles de consultation (21)

Afin d'éviter d'éventuelles mises en danger, les experts de l'AETMIS déconseillent l'installation du patient entre un éventuel accompagnateur et la porte. Les experts proposent même un bouton de sécurité dans la salle de consultation en cas d'urgence. L'éclairage doit se rapprocher le plus possible de la lumière du jour pour un bon rendu des couleurs (intensité recommandée entre 750 et 1000 lux, température de couleur max d'environ 5000°K). L'éclairage doit être placé au-dessus du matériel et éclairer le patient en diagonale. Il faut éviter l'incidence directe de la lumière du soleil, au risque de masquer l'écran par des reflets.

La couleur des murs doit être uniforme, monochrome et mate pour favoriser le contraste avec la peau et réduire les reflets lumineux gris éclair ou bleu pâle.

Il serait optimal que les patients ne portent pas de vêtements contrastants ou avec motifs pour les mêmes raisons, mais il paraît difficile d'exiger cela des patients !

L'équipement utilisé doit contenir un micro multidirectionnel, et un écran entre 27 et 36 pouces selon la surface de la pièce. Il faut une caméra grand angle, un téléphone et une imprimante dans la salle. L'AETMIS prévoit une norme de compression de l'information type H.263 à minima, et H.264 pour une qualité optimale, une largeur de bande passante minimale de 384 kbps et un temps de latence qui ne doit pas dépasser 500ms.

La Direction générale de l'offre de soin (DGOS) recommande pour les CHU un réseau équipé du Haut (entre 512kbps et 30 Mbps), voire Très Haut Débit (> 30 Mbps) (77).

En matière de sécurité numérique, les consignes minimales et une transmission de données sécurisée sont nécessaires. L'AETMIS propose des normes de codage H.320 et H.323, et l'utilisation d'un protocole sécurisé SSL pour le chiffrement des données. Le stockage des données issues des dossiers médicaux doit être fait avec les normes en vigueur en France.

Hors situation particulière, le traitement de données à caractère personnel utilisées pour la télémédecine ne fait l'objet d'aucune formalité supplémentaire auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), puisqu'il est déjà nécessaire avec le dossier patient informatisé (78).

Le responsable du traitement de l'information a donc obligation de mettre en place les mesures de sécurité physique et logique suffisantes, pour les postes de travail et les réseaux informatiques.

Cela paraît peut-être évident mais on peut se questionner sur la sécurité informatique des services de télépsychiatrie disponibles sur internet directement. On peut d'ailleurs soulever la question fatidique de l'ordonnance dans ces cas-là : est-elle seulement envoyée par la poste ou par mail non sécurisé ?

De plus, l'utilisation des messageries professionnelles cryptées est nécessaire.

Enfin, l'interopérabilité entre les différents logiciels de télémédecine et de soins est souhaitable voire nécessaire.

1.7.2. Le cadre juridique et déontologique

A ce jour, il ne semble pas y avoir de changement dans le cadre juridique de la consultation médicale. Une téléconsultation est considérée comme une consultation normale au regard des responsabilités administratives, civiles et pénales.

Suite aux décrets en vigueur, la téléconsultation est accessible à tous les médecins et toutes les spécialités, leur mode d'exercice (libéral, salarié ou hospitalier), quelle que soit leur position dans le parcours de soins (médecin traitant et spécialistes), et enfin leur secteur conventionnel. Chaque télémédecin doit être inscrit au Tableau de l'Ordre ou remplaçant dans les conditions réglementaires requises (79).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) rappelle aussi toutes les précautions nécessaires à la création d'un service de télémédecine : la recherche du consentement écrit du patient, la sécurité numérique des données, l'interdiction de publicité pour des offres de soins privées, l'interdiction d'enregistrement et de stockage de la séance.

L'ordonnance thérapeutique doit être accessible au patient sur un espace de stockage sécurisé ou envoyé par courrier. Ceci reprend point par point les propositions de la convention médicale et de la loi de santé.

Le CNOM déplore par ailleurs que les offres de télémédecine en dehors du parcours de soins ne fassent plus l'objet d'aucune régulation d'aucune sorte. Il dénonce les risques « d'uberisation » de la pratique médicale, à savoir des offres onéreuses non remboursées provenant de plateformes établies en France ou dans d'autres pays européens, faisant exercer des praticiens non formés en France (80). Parce que le praticien peut consulter d'un lieu non institutionnel, il convient de vérifier ses diplômes et compétences cliniques. Il semble d'ailleurs plus adapté pour le praticien d'être de la même nationalité que les personnes consultantes (ou exercer et/ou avoir fait ses études en France). Puisque la technique change la communication et altère la communication non verbale, partager une même langue courante semble nécessaire.

Il convient donc de surveiller les contrats passés avec des prestataires de service de télémédecine, avec un encadrement ferme par les Agences Régionales de Santé, les conseils de l'ordre locaux et les hôpitaux, afin d'éviter toute dérive. L'authentification du médecin d'un point de vue administratif, puis informatique, doit être assurée, et le patient informé (81).

Enfin, dans d'autres pays, les normes, les exigences cliniques, les *guidelines* et prises en charge ne sont pas nécessairement les mêmes.

On peut s'appuyer sur douze articles du Code de déontologie concernés par l'exercice de la télémédecine (articles 32, 33, 60, 35, 36, 42, 71, 72, 73, 64, 59 et 53), d'où se dégagent six impératifs principaux pour le CNOM (82) : l'utilisation de la télémédecine doit être dictée par l'état de santé du patient et ne doit pas être une fin en soi. Il existe un impératif de qualité technique, de communication et de qualification des télémédecins.

I.7.3. Le cadre éthique de la télépsychiatrie

Nous nous trouvons là devant une nouvelle pratique, un nouvel outil de la médecine, qui ouvre à de multiples questions éthiques. Il fait intervenir la technologie et change le soin de la personne malade.

La télépsychiatrie répond-elle aux recommandations éthiques actuelles en France ?

Une nouvelle pratique doit être réfléchie en amont, même si son seul objectif est l'amélioration du soin délivré aux patients, ou de faciliter les soins pour les professionnels. La télémédecine ne doit pas être implantée simplement parce qu'elle correspond à un besoin de santé publique au vu de la pénurie de soignants. Elle doit faire la preuve de son innocuité et d'une égalité

d'efficacité dans les soins (48). De même, elle doit être suffisamment satisfaisante pour les patients et les professionnels, et ne pas être le dernier choix possible.

Cela soulève donc plusieurs questionnements éthiques et déontologiques.

Il paraît important de rappeler que le patient doit donner, comme pour tout soin, son consentement. Il doit être libre, et donné après une information claire, loyale et adaptée aux différentes déficiences et niveaux de compréhension de chacun.

En téléconsultation, puisqu'il s'agit d'un nouveau mode de soin, un consentement écrit est nécessaire.

Il convient ensuite de rappeler l'aspect sécuritaire de confidentialité : la télépsychiatrie doit être encadrée par des normes strictes de sécurité informatique, garantissant un cryptage des données et un stockage en règles des données sensibles.

Le soin doit être adapté au patient, à sa pathologie, à son évolution et à ses souhaits. La télépsychiatrie ne doit être en aucun cas imposée au patient, même par les circonstances. Un malade psychique doit toujours (avant et pendant son suivi en télémédecine) avoir le choix de revenir à un suivi en présentiel. C'est au service et aux soignants de s'adapter.

Chaet dans son article (81), rappelle l'importance de la confiance du malade envers son thérapeute, d'autant plus que le lien entre eux est différent d'une consultation présenteielle. Pour qu'elle puisse naître, en dehors de la nécessité de compétence médicale et humaine, il convient aussi de s'assurer de l'absence de conflit d'intérêt pour le praticien. En effet, s'il possède des intérêts financiers dans le service de télémédecine qu'il utilise, il paraît plus difficile de rester neutre dans son évaluation, et de proposer de changer de mode de consultation si nécessaire.

Sabin et ses collaborateurs résument donc les critères nécessaires pour une télémédecine éthique : fournir des soins compétents et sûrs, garantir le consentement éclairé, promouvoir la vie privée et la confidentialité, travailler sur les limites de la télémédecine, encourager la continuité des soins et assurer l'équité en matière de santé (83).

Comme pour la pratique actuelle de la psychiatrie, il surviendra des questionnements éthiques et déontologiques au fur et à mesure de sa pratique. Ce sera donc pas-à-pas que les évaluations de pratiques, les débats éthiques et les études cliniques viendront donner des réponses aux grands débats que la télémédecine ne manque pas de soulever.

II. L'étude TLC2P

II.1. Présentation de l'étude clinique

La Creuse est un exemple de désertification et d'inégalité de répartition médicale. D'après le dernier recensement de l'Ordre National des médecins, sur la période 2007-2016, l'effectif des psychiatres en activité en Creuse est descendu à 17 professionnels, soit une baisse de 5,6% (84). La densité de psychiatres en 2018 y est bien inférieure à celle de Haute-Vienne selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) : 16,8 pour 100 000 habitants en Creuse contre 29,4 psychiatres en Haute-Vienne (85).

Cet appauvrissement médical régional est donc aggravé par une inégalité de répartition des médecins sur le territoire, avec une majorité de psychiatres sur les grandes agglomérations, telles que Limoges ou Brive-la-Gaillarde.

De plus, il faut rappeler le nombre décroissant d'internes choisissant la psychiatrie après l'Examen National Classant (ECN).

À cela s'ajoute également le faible attrait qu'ils peuvent porter à la région Limousin. Pour la rentrée 2019, moins d'un quart des postes d'internes en psychiatrie ont été pourvus en Limousin, rendant encore plus inquiétante l'évolution démographique médicale de notre région (86).

Pour lutter contre ce déséquilibre, et proposer une offre de soin de proximité, le CH Esquirol apporte depuis longtemps du temps médical dans les CMP de Haute-Vienne et de Creuse comme par exemple à Guéret, Magnac-Laval, Saint-Junien, Saint-Yrieix-La-Perche. Cela permet un meilleur maillage médical du territoire, avec des consultations psychiatriques de proximité.

Dans ce but, le Dr Audebert au CH Esquirol avait proposé dès avril 2018 la réalisation de téléconsultations de psychiatrie générale, afin d'augmenter l'accessibilité aux soins en Creuse.

Ces téléconsultations, qui restaient encore peu nombreuses, se sont développées depuis janvier 2019. En effet, le Dr Martin, qui consultait jusqu'alors à Guéret, a proposé à ses patients de poursuivre le suivi en téléconsultations. Un télésuivi avec le Dr Martin ou l'auteur de ce présent travail a donc été proposé à certains patients, en fonction de leur choix, du respect des contre-indications à la télémédecine, et de l'indication à poursuivre un suivi psychiatrique.

Plus de 300 téléconsultations de psychiatrie générale ont ainsi pu avoir lieu entre le CH Esquirol et le CMP de Guéret.

Pour ceux qui n'ont pas souhaité y participer, auxquels la télémedecine était contre-indiquée ou dont le suivi était préférable en présentiel, un suivi avec un psychiatre sur le CMP leur a été proposé, afin de permettre la continuité des soins.

Nous l'avons vu, la télémedecine reste encore au stade expérimental en France, et notamment en psychiatrie. La question reste posée : les patients, notamment en psychiatrie, peuvent-ils adhérer à ce type nouveau de prise en charge. De même, trouvent-ils un intérêt à cette pratique pour leur suivi, et en sont-ils satisfaits ?

L'objectif principal de cette étude « TLC2P » (TÉLÉConsultations de Psychiatrie) était donc d'évaluer l'opinion des patients et des praticiens sur la consultation de psychiatrie générale en visioconférence, sur le suivi télémedical, sur son déroulement technique, et la qualité du lien thérapeutique médecin-patient à travers l'outil numérique.

Nous espérons pouvoir identifier, grâce à cela, les points positifs et négatifs de ce nouveau mode de consultation, afin d'en promouvoir l'utilisation s'il s'avère acceptable et suffisamment satisfaisant pour tous les protagonistes.

Ce travail de recherche s'est étalé sur 17 mois, pendant lesquels des questionnaires d'opinion ont été remis aux patients, et parallèlement à leurs praticiens. Des fiches d'événements indésirables ont aussi été remplies si nécessaire.

Ce n'est qu'à l'issue du travail en août 2020 que les opinions réciproques des patients et des praticiens ont été analysées, pour garder un résultat le plus objectif possible.

II.2. Déroulement des téléconsultations

II.2.1. Organisation

Les téléconsultations étaient organisées entre le CMP de Guéret et le CH Esquirol de Limoges, distants de 90 km l'un de l'autre. Le CMP de Guéret est un centre médico-psychologique installé dans la ville de Guéret par le CH psychiatrique La Valette de Saint-Vaury (Creuse).

Les téléconsultations étaient dirigées par le docteur Martin (praticien hospitalier au Centre J-M Leger du CH Esquirol) et l'auteur de ce travail, interne de psychiatrie, sous la supervision clinique du docteur Charles (praticien hospitalier dans l'unité Pelletier du CH Esquirol).

Chaque patient a bénéficié d'une information sur les modalités de consultation médicale par visioconférence.

Le consentement à la téléconsultation et au partage éventuel des informations entre les différents professionnels de santé et de compte-rendu, a été recherché et tracé dans une fiche spécifique sur le logiciel de soins Cariatides®.

En cas de refus d'un patient, celui-ci était colligé, et le patient adressé à un psychiatre physiquement présent au CMP.

De même, le souhait des patients d'arrêter le suivi en télémédecine était consigné, ainsi que l'arrêt « naturel » du suivi pour cause de rémission ou de transfert de suivi par exemple.

Tout cela permettait ensuite de démarrer la prise en charge télé médicale.

Chaque téléconsultation se déroulait tel que suit : le patient était installé par les infirmiers dans un bureau, équipé d'un ordinateur avec caméra. Le logiciel de visioconférence était ouvert, et le patient pouvait donc échanger avec le médecin à travers l'écran de l'ordinateur. Ces téléconsultations de psychiatrie générale reprenaient les mêmes objectifs que des consultations conventionnelles, soit :

- Entretien clinique ;
- Diagnostic sémiologique ;
- Prescription médicale pharmacologique par l'intermédiaire du logiciel Cariatides® ;
- Psychothérapie de soutien et psychoéducation, thérapies spécifiques.

L'infirmier pouvait accompagner le patient pendant la téléconsultation, selon le souhait du patient et du médecin. Dans cette étude, la majorité des entretiens se sont déroulés sans la présence de soignants.

Il est à noter aussi l'utilisation ponctuelle d'un casque-micro pour le patient en cas de mauvaise qualité sonore.

Parallèlement, leur a été proposé de participer à la présente étude, après information sur les objectifs et modalités de cette recherche (une lettre d'information leur a été remise en main propre – Cf. **Annexe 1**). L'opposition à la recherche et à l'utilisation des données de leur dossier médical informatique a été recherchée, et notée le cas échéant.

II.2.2. Matériel et locaux de téléconsultation

Le logiciel de visioconférence utilisé était celui d'un prestataire de service privé : Orange® Open Vidéo présence®. Le dossier médical informatisé des patients était implémenté via les logiciels Cariatides® des CH Saint-Vaury et Esquirol.

Les écrans utilisés se composent d'un écran pour la vidéo et d'un autre pour le logiciel de soin. L'écran vidéo n'était pas équipé en Haute Définition (HD), faisait 22" (soit 55,9 cm) de diagonale, en format 16:9 (dimensions largeur x hauteur : 48,7 x 27,4 cm).

Le bureau de consultation à Guéret mesurait environ 12 mètres carrés.

La largeur de bande passante utilisée était comprise entre 384 kbps et 1 Mbps symétrique (soit 1 Mbps en émission de données, et 1 Mbps en réception). 384 kbps est la valeur minimale souhaitée, une valeur de 2 Mbps symétrique serait optimale. La latence était en moyenne inférieure à 100ms. Le taux de perte de paquets de données ne devait pas dépasser 3 à 4%.

La compression vidéo était effectuée avec la norme H264, et la compression audio avec la norme G722.

La liaison était cryptée par un certificat de type SHA 256 avec une clé de 2048 bits.

II.3. Matériel et méthode

II.3.1. Type d'étude et objectifs

Ce présent travail se base sur une étude observationnelle naturaliste d'opinion, unicentrique, permise par le remplissage de questionnaires, et le recueil de données non médicales du Dossier Patient Informatisé.

L'objectif était donc de recueillir l'avis, le degré de satisfaction ou de non-satisfaction des patients et des médecins à propos des téléconsultations de psychiatrie effectuées au CMP.

Le critère de jugement principal retenu était :

- Le taux de satisfaction de la méthode de consultation en visioconférence pour le patient et le praticien lors du suivi à la 4^{ème} téléconsultation, analysé à l'issue de l'étude (à savoir le taux de réponse « Plutôt satisfait » et « Tout-à-fait satisfait » à la 1^{ère} question des questionnaires de suivi pour le patient et pour le praticien) ;

- Et le taux de non-satisfaction (à savoir le taux de réponse « Plutôt pas satisfait » et « Pas du tout satisfait »).

Parmi les objectifs secondaires, nous souhaitons évaluer l'opinion des médecins et des patients sur le déroulement technique des téléconsultations (audio, vidéo et synchronisation), ainsi que la qualité subjective du lien thérapeutique médecin-patient.

Ont de plus été recherchés les motifs de non-satisfaction à la télémédecine pour le patient et le praticien :

- Les évènements indésirables, notamment techniques, qui ont pu se produire ;
- Les points négatifs ou positifs retrouvés par les patients dans le télésuivi ;
- Le nombre de perdus de vue ;
- La proportion de refus de la télémédecine.

Une évaluation des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, niveau d'étude, distance par rapport au CMP, mesure de protection) a été menée sur la population étudiée, acceptant et même refusant le suivi télé-médical, mais ne s'opposant pas au recueil des informations.

Autre question posée au praticien : quelle opinion le patient semble avoir de la téléconsultation ? Cet item permettait de comparer l'impression du psychiatre à l'avis exprimé du patient. En effet, une téléconsultation a pu se dérouler de façon satisfaisante pour le médecin, mais pas pour le malade.

Le diagnostic psychiatrique des patients n'a volontairement pas été recueilli pour ne pas alourdir le protocole d'étude.

II.3.2. Questionnaires

Les questionnaires proposés étaient au nombre de cinq :

- Un questionnaire d'information initial, recueillant les données sociodémographiques du patient (Cf. **Annexe 2**) ;
- Deux questionnaires Patient, pour la primo- et quatrième téléconsultation (Cf. **Annexe 3**) ;

- Deux questionnaires Praticien, pour la primo- et quatrième téléconsultation (Cf. **Annexe 4**).

A ces questionnaires s'ajoutaient des fiches d'évènements indésirables, permettant de colliger tous les incidents techniques, administratifs ou tous les arrêts de suivi et absences (Cf. **Annexe 5**).

II.3.3. Population étudiée et inclusions

La population cible de cette étude se composait de tous les patients ayant bénéficié de consultations de télépsychiatrie, et acceptant de participer à l'étude entre Avril 2019 et Août 2020. Une file active d'une cinquantaine de patient était attendue. Il n'a volontairement pas été prévu une taille d'échantillon minimale, dans une perspective observationnelle naturaliste.

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient les suivants :

- Age \geq 18 ans
- Consultant au C.M.P. La Valette de Guéret
- Éligibilité à la téléconsultation (absence de contre-indication à la télémédecine)
- Non-opposition à l'utilisation des données du dossier patient informatisé

Les critères de non-inclusion sont aussi rappelés :

- Age $<$ 18 ans
- Opposition à l'utilisation des données et à la téléconsultation
- Difficultés à répondre aux questionnaires (déficience visuelle, intellectuelle ou cognitive, illettrisme)

L'inclusion des patients s'est organisée de deux manières, selon que les patients débutaient un suivi ou si celui-ci était déjà commencé.

Pour les débuts de suivi, l'inclusion se déroulait après la demande de consultation qu'ils avaient faite au CMP de Guéret (de leur propre chef ou sur recommandation du médecin traitant). Les patients qui ont accepté le télésuivi se sont vus proposer la participation à cette étude, après remise de la lettre d'information explicative. Il leur a aussi été proposé l'utilisation

de toutes autres données de leur dossier médical en vue de futures recherches du CH Esquirol.

II.3.4. Déroulement de l'étude

Nous avons donc colligé l'opinion des patients et des médecins à propos du suivi en télépsychiatrie. Pour les patients ayant déjà commencé un suivi en téléconsultation au moment du commencement du protocole, ce questionnaire a permis de récolter leur opinion sur leur expérience de la télémédecine à l'issue de la 4ème téléconsultation. Une majorité de patients se trouvaient dans cette situation.

Une seconde partie de l'étude était prévue pour des patients débutant leur télésuivi après le début du protocole en avril 2019. Ce second bras devait permettre d'évaluer l'évolution de l'opinion des patients et des soignants par la réalisation de questionnaires à la première, puis à la 4eme téléconsultation. Il paraissait en effet important de questionner cette opinion à différents moments du suivi lorsque cela était possible. Dans ce cas, une primotéléconsultation a pu être organisée, et leur avis suite à cette première téléconsultation a été recueilli.

On peut en effet se demander si la première impression du patient (et du soignant) lors de la téléconsultation initiale s'est modifiée au cours du télésuivi. Il nous a semblé intéressant de questionner cette évolution au bout de 4 téléconsultations. Cette date a été arrêtée de façon arbitraire, afin d'être suffisamment à distance de la première pour permettre une éventuelle évolution, mais pas trop éloignée pour diminuer le risque d'attrition.

Les questionnaires de primo- et quatrième téléconsultation ont été travaillés pour être comparables, et pouvoir donc montrer les éventuels changements d'opinion globale, technique et à propos du lien thérapeutique.

Les réponses aux questionnaires ont été colligées sur un fichier Excel, puis analysées avec le logiciel IBM SPSS Statistics 27 par Mme Muriel Girard de l'unité de recherche et neurostimulation du CH Esquirol.

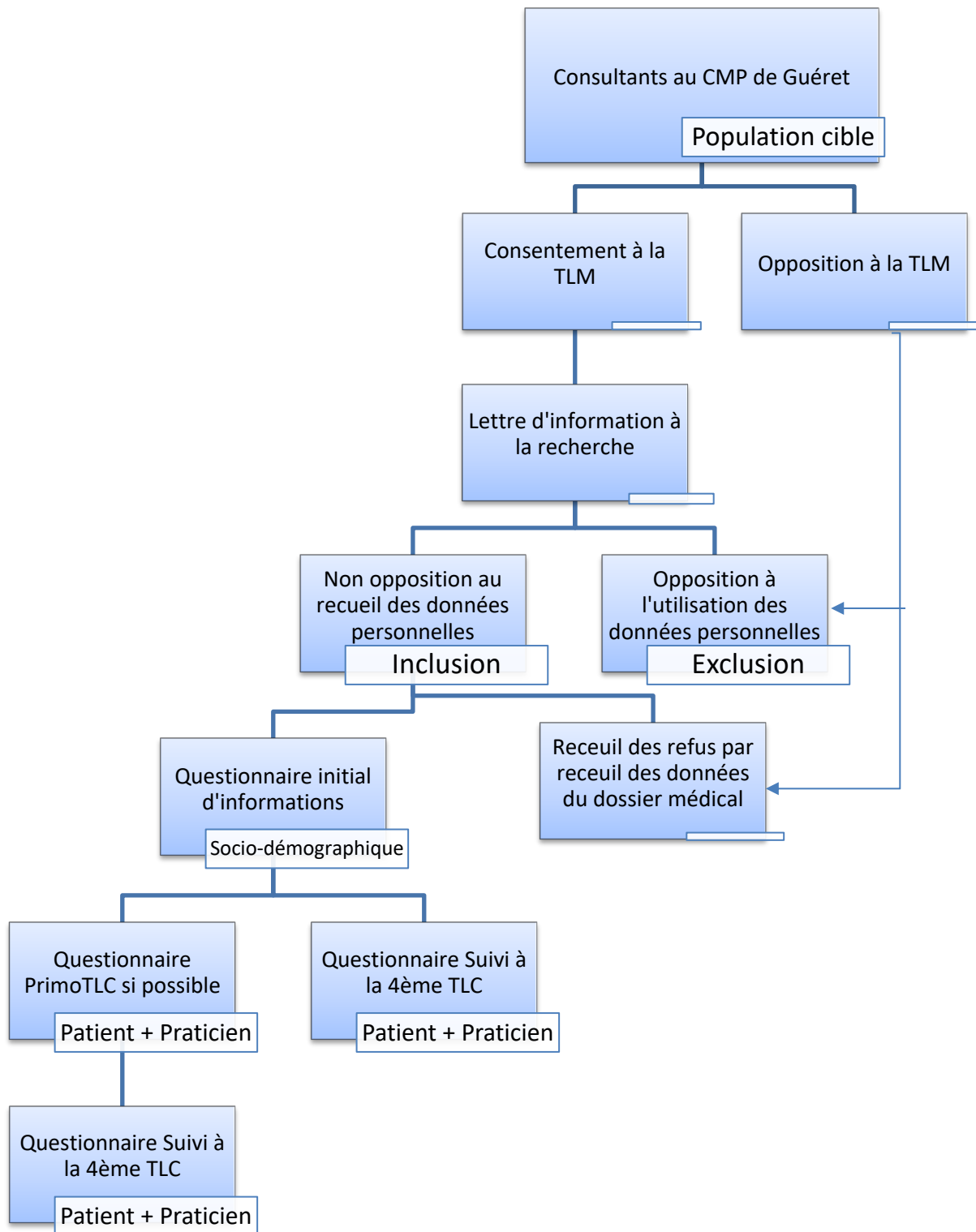


Figure 8 : Schéma de l'étude (TLM : télé médecine ; TLC : téléconsultation)

II.4. Résultats

II.4.1. Généralités

Au fil de l'étude, 32 patients ont accepté de participer à l'étude pour un total de 221 téléconsultations depuis début 2019.

26 patients ont pu répondre aux questionnaires de suivi à la 4^{ème} téléconsultation, ayant démarré leur télésuivi avant le début du protocole d'étude. 6 patients ont intégré le protocole au commencement de leur suivi, et ont donc répondu aux questionnaires de primoconsultation. Du fait de retards à la prise en charge dus à la crise de la COVID, ces patients-là n'ont pas encore effectué leur 4^{ème} téléconsultation, et ne pouvaient donc pas remplir les questionnaires de suivi à la date de fin du protocole.

Aucun refus à la télémédecine n'a été comptabilisé à partir du début du protocole.

II.4.2. Caractéristiques de l'échantillon

Parmi les inclusions, on retrouvait 20 femmes et 12 hommes.

L'âge des patients étaient en moyenne de 49,38 ans. 6 patients avaient plus de 65 ans.

Tableau 1 : Répartition des âges et distances kilométriques des lieux de soins

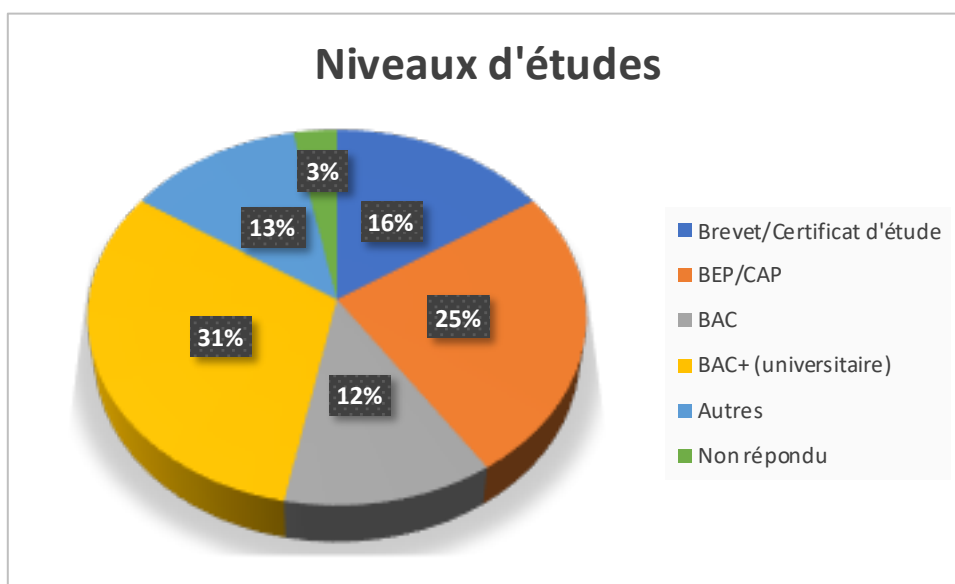
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Écart type
Age (années)	32	20	81	49,38	15,280
Distance de Guéret (km)	32	0	53	6,78	11,883
Distance de Limoges (km)	32	77	139	84,28	11,023

Les patients habitaient en moyenne à 6,78 km du CMP de Guéret et à 84,28 km en moyenne du CH Esquirol.

3 patients ont répondu être sous tutelle, mais se sont révélés à l'interrogatoire être sous curatelle renforcée. Un patient n'a pas répondu à la question.

A propos du niveau d'études, 15,6% des patients avaient un niveau de certificat d'études/Brevet, 25% un niveau BEP/CAP, 12,5% un niveau BAC, 31,3% un niveau universitaire, et 12,5% déclaraient d'autres études (un patient ayant rapporté un niveau lycée sans avoir le baccalauréat, un niveau maîtrise, un niveau BTS et un niveau Brevet professionnel responsable d'exploitation agricole). Un patient n'a pas souhaité répondre à la question.

Tableau 2 : Répartition des niveaux d'études dans l'échantillon (%)



Deux patients (soit 6,3% de l'effectif) consultaient pour la première fois le psychiatre, 9 patients (soit 28,1%) étaient pris en charge dans le cadre de la reprise d'un suivi psychiatrique régulier antérieurement effectué en présentiel. Plus de la moitié (21 patients soit 65,6% de l'échantillon) continuaient leur suivi en téléconsultation, débuté avant le commencement du protocole.

II.4.3. Résultats des questionnaires

II.4.3.1. Opinion globale des patients

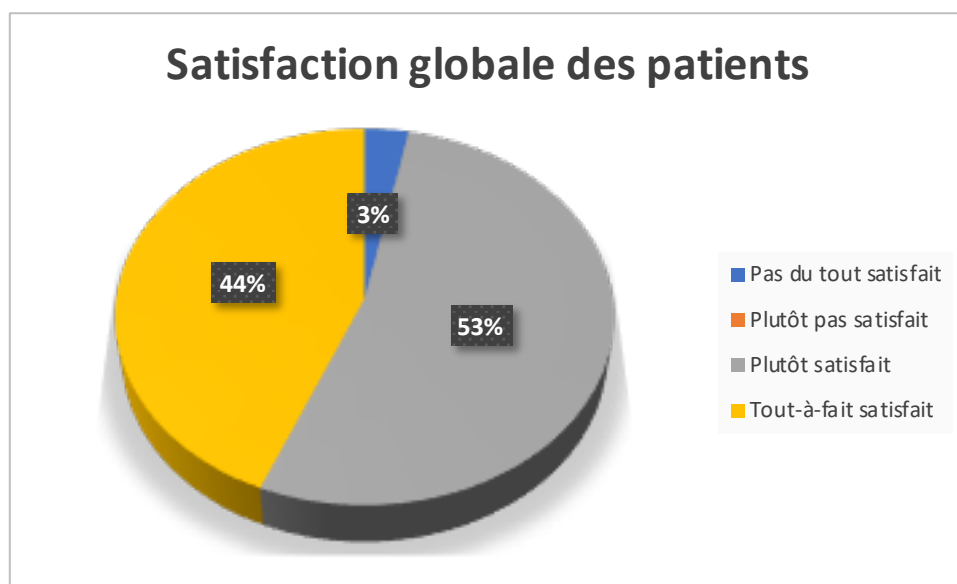
L'analyse des questionnaires patients (en primotéléconsultation et tout au long du suivi) retrouve une bonne opinion générale de la téléconsultation : 43,8 % de l'échantillon (soit 14 patients) se déclaraient « tout-à-fait satisfaits », et 53,1% (17 patients) se déclaraient « plutôt satisfaits ». On retrouve donc 96,9% des inclus qui se déclarent satisfaits de la

téléconsultation, contre 3,1% d'insatisfaits (réponses « pas du tout satisfait » et « plutôt pas satisfait »).

Un patient a indiqué une insatisfaction totale du mode de consultation (réponse « pas du tout satisfait »), et ce patient a d'ailleurs demandé l'arrêt du télé-suivi pour reprendre un suivi psychiatrique conventionnel.

Parmi les 6 patients ayant répondu au questionnaire de primotéléconsultation, 3 étaient « tout-à-fait satisfaits » et 3 « plutôt satisfaits ».

Tableau 3 : Satisfaction globale des patients (%)



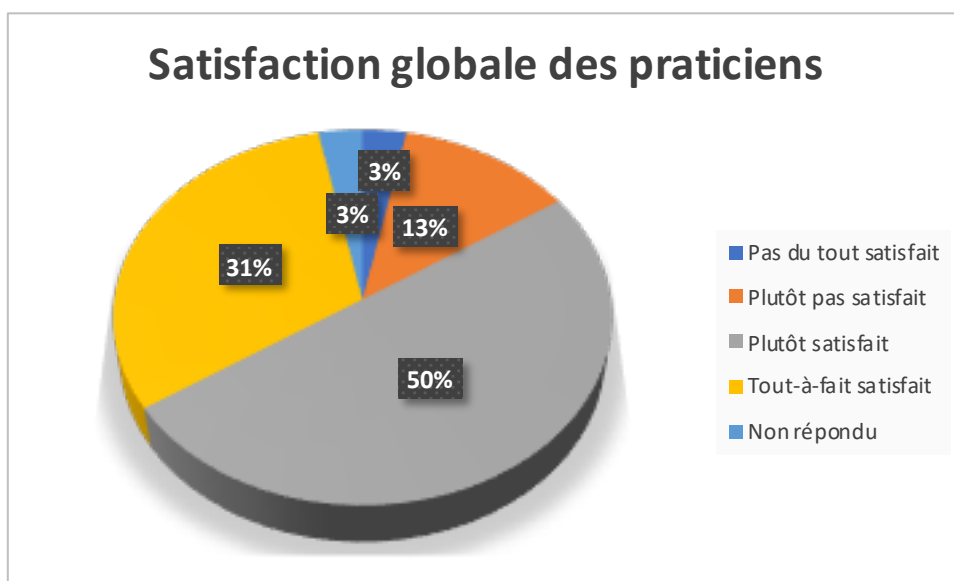
II.4.3.2. Opinion globale des deux praticiens

Les praticiens se déclaraient pour 31,3% des cas (soit pour 10 patients suivis sur 32) « tout-à-fait satisfaits » et pour 50% des cas « plutôt satisfaits » (soit pour 16 inclus). On retrouve donc une satisfaction globale de 81,3%.

Ils n'étaient « plutôt pas satisfaits » pour 12,5% des cas (soit 4) et « pas du tout satisfaits » pour 3,1%, pour une insatisfaction globale de 15,6%.

Cet item n'a pas été rempli sur un questionnaire.

Tableau 4 : Satisfaction globale des praticiens (%)



II.4.3.3. Opinion sur le déroulement technique

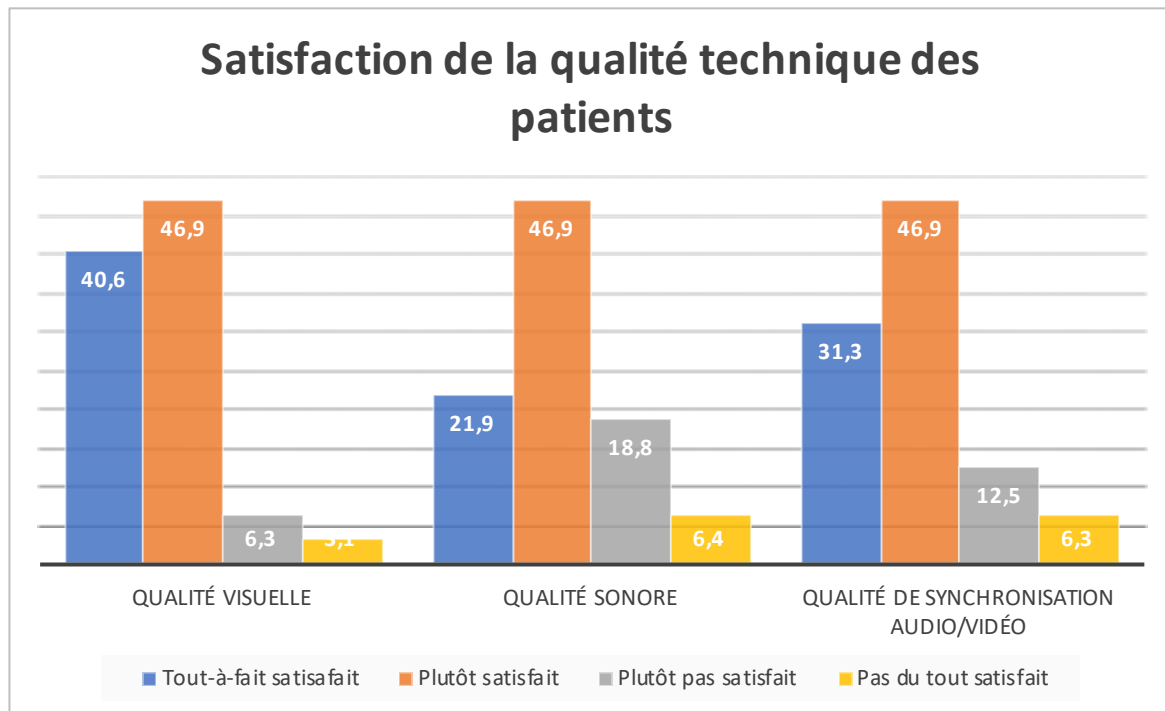
Les patients ont rapporté dans 87,5% des cas une bonne - ou très bonne - opinion de la qualité visuelle de la visiothérapie, soit respectivement 40,6% (soit 13 patients sur 32) de « tout-à-fait satisfaits » et 46,9% (soit 15) de « plutôt satisfaits ». 9,4% étaient insatisfaits de cette qualité vidéo (respectivement 6,3% - soit 2 patients - « plutôt pas satisfaits » et 3,1% (1 patient) de « pas du tout satisfaits »).

68,8% des inclus se sont déclarés satisfaits de la qualité audio, soit respectivement 21,9% (7 patients) de « tout-à-fait satisfaits » et 46,9% de « plutôt satisfaits » (soit 15 inclus). 28,2% se disaient insatisfaits de la qualité auditive des échanges par visiothérapie, soit respectivement 18,8% de « plutôt pas satisfaits » (6 patients) et 9,4% (3 patients) de « pas du tout satisfaits »).

La qualité de synchronisation image – son était jugée à 78,2% satisfaisante par les sondés. On retrouvait 31,3 % (soit 10 inclus) de « tout-à-fait satisfaits », 46,9% (soit 15) de « plutôt satisfaits », 12,5% (soit 4) de « plutôt pas satisfaits » et 6,3% (soit 2 patients) de « pas du tout satisfaits ».

Pour chaque question, un patient n'a pas souhaité répondre.

Tableau 5 : Satisfaction de la qualité technique pour les patients (%)

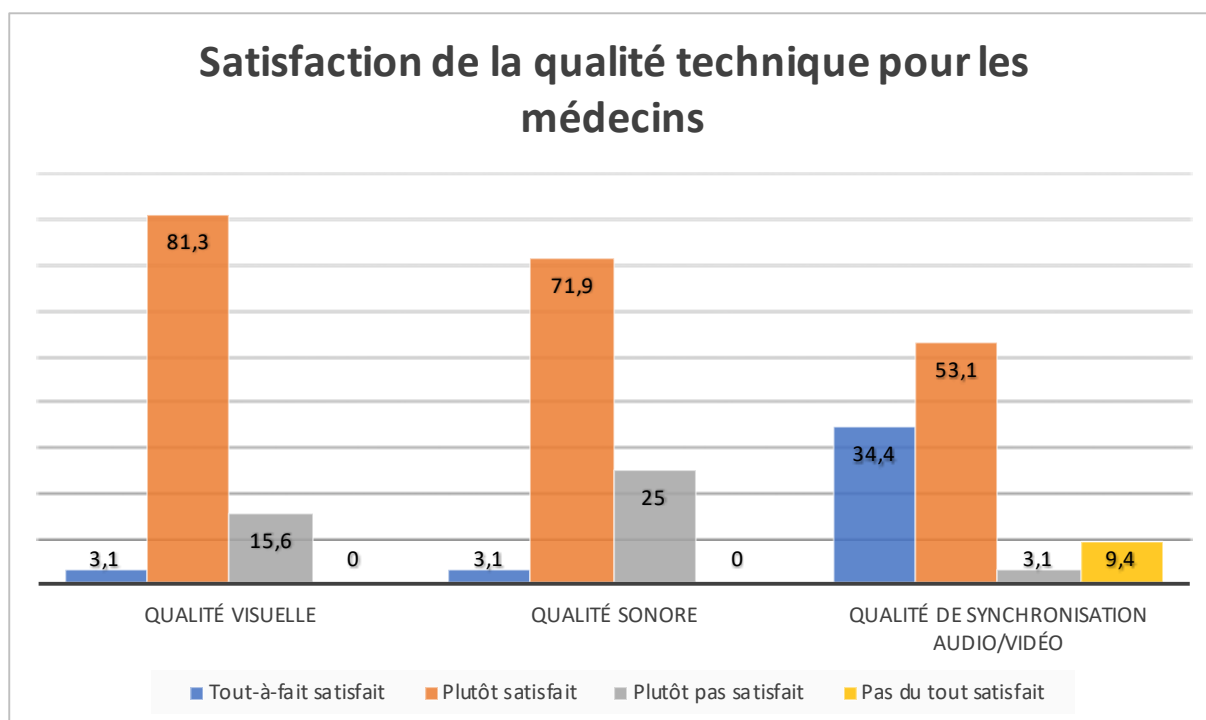


Les deux praticiens rapportaient une qualité technique de la vidéo « plutôt satisfaisante » ou « tout-à-fait satisfaisante » dans 84,4% des cas (respectivement 81,3% - 26 patients - et 3,1% - 1 patient -). Ils n'en étaient « plutôt pas satisfaits » dans 15,6% des cas (5 inclus).

La qualité sonore était jugée « plutôt satisfaisante » à 71,9% (23 inclus) et « tout-à-fait satisfaisante » dans 3,1% des cas (1 patient). Elle n'était « plutôt pas satisfaisante » dans 25% des cas (8 patients).

La synchronisation se révélait « plutôt satisfaisante » dans 53,1% des cas (17 patients), et « tout-à-fait satisfaisante » dans 34,4% des cas (11 patients). Elle était en revanche « pas du tout satisfaisante » dans 9,4% des cas (3 inclus), et « plutôt pas satisfaisante » dans 3,1% des cas.

Tableau 6 : Satisfaction de la qualité technique pour les médecins (%)



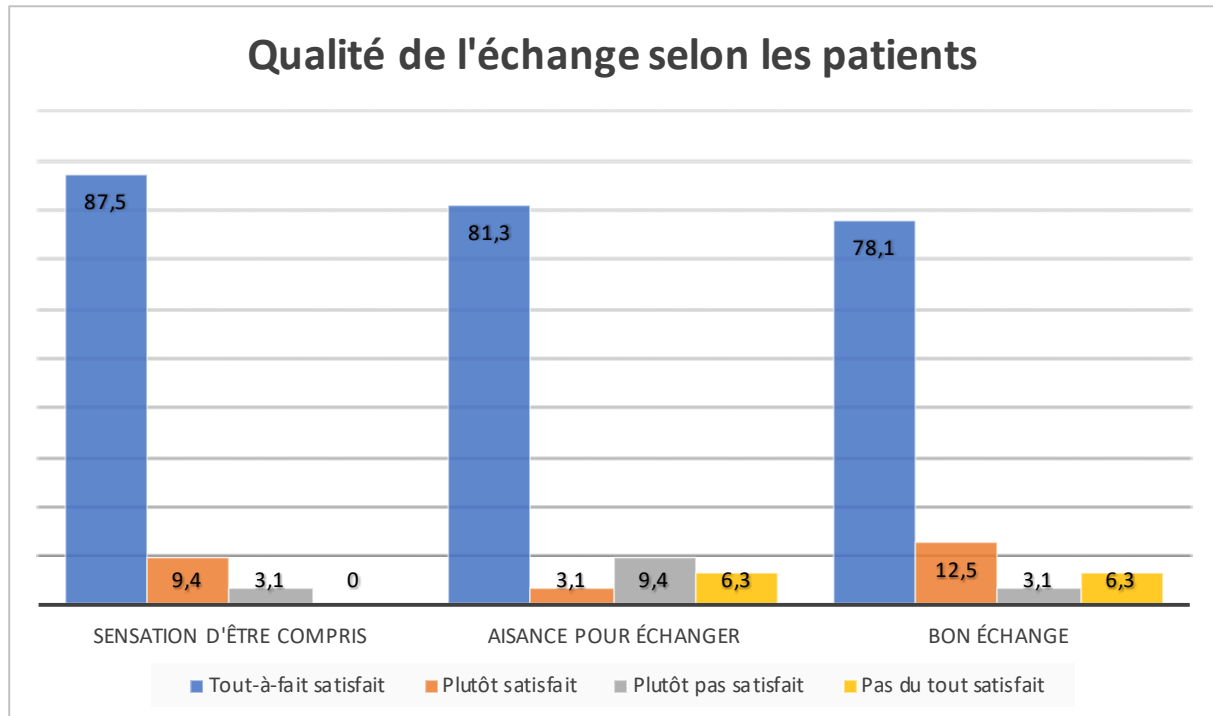
II.4.3.4. Opinion sur la qualité du lien et de l'échange thérapeutique

Les malades inclus se sont sentis compris par leur psychiatre à travers la visiotransmission dans 96,9% de cas. Ils se sont sentis « tout-à-fait » compris dans 87,5% des cas (pour 28 inclus sur 32), et « plutôt » compris dans 9,4% des cas (pour 3 patients sur 32). 3,1% des inclus (soit 1 inclus) ne s'est pas senti suffisamment compris.

81,3% des interrogés (26 inclus) se sont dit « tout-à-fait » à l'aise, et 3,1% « plutôt » à l'aise pour échanger à travers l'ordinateur. 9,4% (3 inclus) se sont dit « plutôt pas » à l'aise et 6,3% (soit 2) « pas du tout » à l'aise.

90,6% ont pu dire qu'ils trouvaient que la technique avait permis un bon échange avec le médecin (respectivement 78,1% - soit 25 - « tout-à-fait » d'accord, et 12,5% - 4 inclus - « plutôt » d'accord avec cette assertion). 3,1% (1 patient) n'était « plutôt pas » d'accord, et 6,3% (2 patients) « pas du tout » d'accord.

Tableau 7 : Qualité de l'échange selon les patients (%)



Les psychiatres jugeaient le lien thérapeutique « plutôt satisfaisant » dans 28,1% des suivis, et « tout-à-fait satisfaisant » pour 46,9%. Ils retrouvaient un lien thérapeutique à travers la visiothérapie insatisfaisant pour 21,9% des cas. Cet item n'a pas été coché dans un questionnaire.

L'échange a été « aussi facile » qu'en face-à-face pour 68,8% des suivis (22 patients) selon les praticiens. Cela n'a jamais été en revanche « plus facile ». Dans 21,9% des cas – 7 inclus –, cela s'est avéré « plus difficile », voire « très difficile » dans 3 cas (9,4%). Les raisons évoquées étaient plutôt en lien avec la technique défaillante (9,4%), la distance entre les deux interlocuteurs (9,4%) ou encore dans la relation avec le patient directement (6,3%). Pour un patient, ces 3 raisons en toutes été invoquées. Pour un autre, a été précisé en marge que c'était l'impossibilité de rechercher un syndrome extrapyramidal qui avait rendu l'échange plus difficile. Pour un questionnaire où la réponse « aussi facile » avait été remplie, l'investigateur a aussi coché la réponse « distance permettant un meilleur échange ».

La communication non verbale et la présentation était « facile » à lire pour 28,1% des cas (soit 9 patients sur 32), et « plutôt facile » pour 28,1% des cas. Elle était jugée insuffisante pour près de la moitié des cas (43,8%) (donc pour 14 patients).

II.4.3.5. Motifs de non-satisfaction

32 fiches d'évènements indésirables ont été répertoriées au cours de cette étude, représentant 14,48% des 221 téléconsultations.

Du point de vue de l'attrition, on notait 2 arrêts de suivi de la part des patients. Pour l'un des deux, la méthode de la téléconsultation ne lui convenait pas. Pour l'autre il s'agit d'une patiente perdue de vue.

Le suivi a été arrêté 4 fois à l'initiative du psychiatre ou d'un commun accord avec le patient (pour des raisons de guérison clinique notamment).

4 téléconsultations ont été annulées sans que le praticien ou l'équipe ne soit prévenue, pour une seule annulation prévenue.

28 évènements indésirables techniques différents ont été rapportés, pour 23 fiches remplies (plusieurs incidents techniques ont pu apparaître en même temps ou donner une même conséquence). Cela représente 10,4% du total des téléconsultations effectuées.

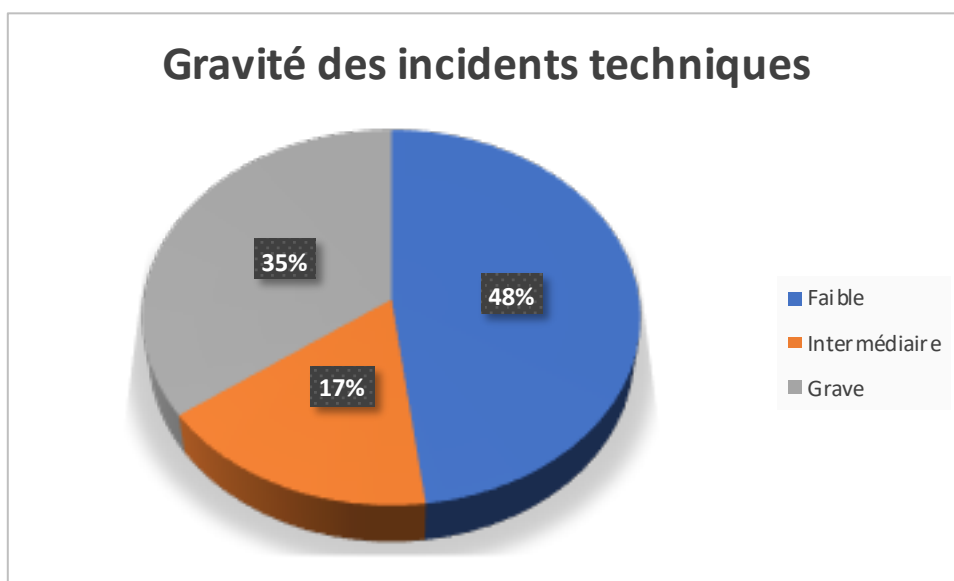
On retrouvait 2 retards techniques au début de la consultation, 2 occurrences de mauvaise qualité vidéo, 7 de mauvaise qualité audio, 6 de mauvaise synchronisation audio/vidéo. Parallèlement, 10 pannes du système informatique (logiciels, sessions, connexion) ont été rapportées, contre une seule du matériel informatique en lui-même (caméra, écran...).

Parmi ces évènements indésirables, 8 ont été classés comme graves, c'est-à-dire ayant entraîné l'annulation ou l'arrêt prématuré de la consultation (25% des incidents techniques), ce qui fait une proportion de 3,62% des téléconsultations. Les incidents de gravité modérée ont été répertoriés au nombre de 4, soit 12,5% des évènements indésirables et 1,81% des téléconsultations. Ces incidents provoquaient des répercussions importantes sur la téléconsultation, mais n'obligeaient pas à son arrêt ou son annulation.

Il apparaît donc qu'au total 5,4% des téléconsultations ont été émaillées de problèmes techniques invalidants (graves ou intermédiaires).

On retrouve enfin 11 évènements indésirables de faible gravité, retardant seulement le cours de la téléconsultation. Ils étaient présents dans 4,98% des téléconsultations et représentaient 34,4% des évènements indésirables (Cf. **Tableau 8**).

Tableau 8 : Proportion de gravité des incidents techniques (%)



La question 6 du questionnaire de suivi pour les patients proposait des affirmations à confirmer ou infirmer (Cf. **Tableau 9**). Il s'agissait d'affirmations proposées concernant l'opinion des patients sur les différents éléments constituant le suivi en téléconsultation. Les interrogés devaient répondre par « oui » ou par « non » à chaque proposition.

Pour l'item a), 24 inclus sur 26, soit 92,3%, étaient d'accord pour dire qu'ils avaient apprécié le fait de ne pas avoir à se déplacer loin de chez eux. Un patient (3,8%) étaient en désaccord, et 1 autre patient (3,8%) n'a pas souhaité répondre.

Pour l'item b), 9 inclus sur 26, soit 34,6%, étaient d'accord pour dire qu'ils avaient souffert de difficultés techniques. Ils n'étaient pas d'accord à 61,5% (16 inclus). Un patient n'a pas souhaité répondre.

Pour l'item c), 20 inclus sur 26, soit 76,9%, étaient en désaccord pour dire qu'ils avaient plus de facilité à parler avec le médecin à travers la visioconférence qu'en consultation conventionnelle. 3 patients sur 26 soit 11,5% étaient d'accord avec cette affirmation. 3 patients (11,5%) n'ont pas souhaité répondre.

Pour l'item d), les sondés étaient partagés : 12 inclus sur 26 (soit 46,2%) retrouvaient un lien thérapeutique moins fort, mais 13 inclus sur 26 soit 50% n'étaient pas d'accord avec cette affirmation. 1 patient n'a pas souhaité répondre.

Pour l'item e), 20 inclus sur 26 (soit 76,9%) étaient d'accord pour dire que la qualité de soins était égale à un suivi conventionnel. 3 patients soit 11,5% n'étaient pas d'accord. 3 patients (11,5%) n'ont pas souhaité répondre.

Pour l'item f), 18 inclus sur 26 soit 69,2% n'étaient pas d'accord pour dire qu'ils retrouvaient un meilleur lien thérapeutique en téléconsultation qu'en consultation conventionnelle. 6 inclus soit 23,1% étaient d'accord avec cette affirmation. 2 patients (7,7%) n'ont pas souhaité répondre.

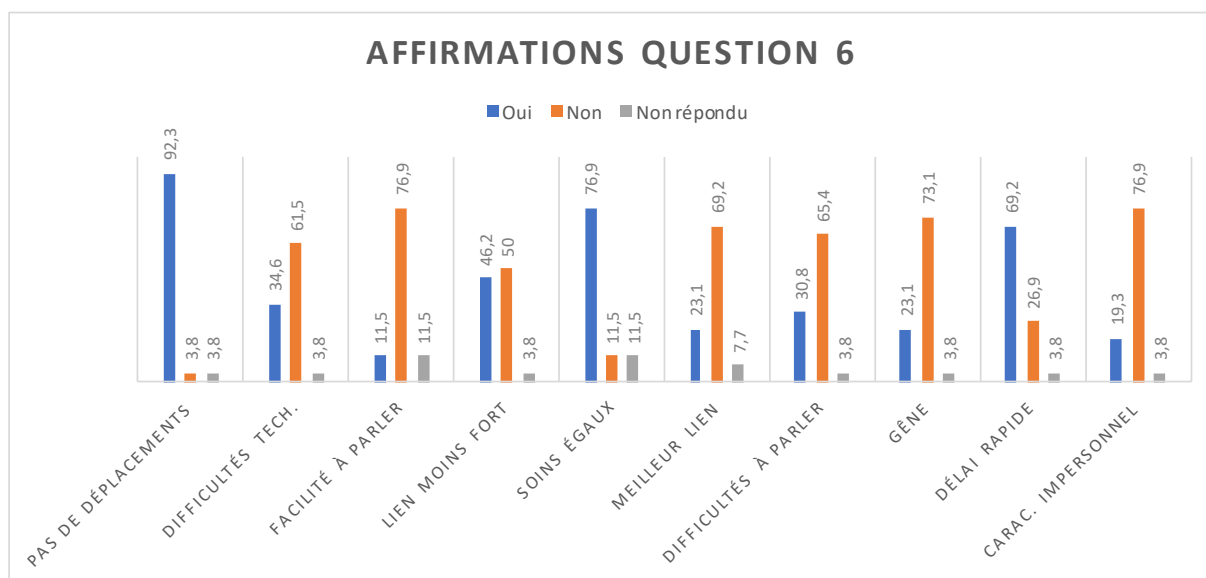
Pour l'item g), 17 inclus sur 26 soit 65,4% étaient en désaccord sur le fait d'avoir plus de difficultés pour parler au praticien. 8 inclus soit 30,8% étaient d'accord pour dire qu'ils avaient plus de difficultés. 1 patient n'a pas souhaité répondre.

Pour l'item h), 19 inclus sur 26 soit 73,1% étaient en désaccord sur le fait de ressentir une plus grande gêne qu'en consultation conventionnelle. 6 inclus soit 23,1% étaient d'accord pour dire qu'ils avaient ressenties plus de gêne. 1 patient n'a pas souhaité répondre.

Pour l'item i), 18 inclus sur 26 soit 69,2% étaient d'accord pour dire qu'ils avaient retrouvé sur un délai de consultation rapide. 7 inclus soit 26,9% n'étaient pas d'accord avec cette affirmation. 1 patient n'a pas souhaité répondre.

Pour l'item j), 20 inclus sur 26 soit 76,9% étaient en désaccord sur le caractère impersonnel des téléconsultations. 5 patients soit 19,3% étaient d'accord avec ce caractère impersonnel. 1 patient n'a pas souhaité répondre.

Tableau 9 : Réponses à la question 6 des questionnaires de suivi pour les patients (%)



A propos du délai entre la prise de rendez-vous et la téléconsultation en elle-même, 2 patients n'ont pas répondu sur les 6 patients interrogés en primotéléconsultation. Deux ont indiqué un délai rapide, et 2 un délai plutôt rapide.

13 patients sur 26 (50%) ont indiqué qu'une consultation en présentiel une fois par an leur paraissait importante, et 9 inclus (34,6%) qu'elle ne leur paraissait pas nécessaire. 3 inclus (11,5%) n'avaient pas d'avis sur la question, et un patient n'a pas répondu.

16 des 26 patients (soit 61,5%) ont indiqué qu'ils pourraient tout-à-fait recommander la téléconsultation à un proche si elle leur était proposée. 9 patients (34,6%) la recommanderaient plutôt, et 1 patient ne la recommanderait pas du tout.

II.4.3.6. Opinion estimée des patients comparée à leur opinion exprimée

Les médecins ont estimé à 93,8% que les patients étaient plutôt satisfaits de leur télésuivi ou de leur primoconsultation.

Pour 96,9% des cas, l'opinion estimée des patients était correcte et correspondait à leur satisfaction :

- Dans 93,6% des cas, les patients étaient satisfaits et le médecin avait coché « plutôt satisfait » ;
- Dans un cas (3,1%), le patient était insatisfait et le médecin avait coché « plutôt insatisfait » ;
- Dans un seul cas (3,1%), l'estimation était erronée puisque le patient avait coché « plutôt satisfait » alors que le psychiatre avait évalué une opinion insatisfaite.

II.5. Discussion

Après plus d'un an et demi de téléconsultations, ce présent travail cherche à donner un aperçu de l'opinion des patients et des soignants à propos de ces téléconsultations de psychiatrie au CMP de Guéret. Il pourra permettre d'illustrer l'opinion de tous les intervenants, et donner un avis à un instant t d'une des pratiques de la téléconsultation en psychiatrie.

II.5.1. Un outil pratique et satisfaisant

On peut tout d'abord constater la bonne opinion envers la télémédecine des malades dans cette étude : ils ont été plus de 95% à se montrer satisfaits (« tout-à-fait » ou « plutôt

satisfaits ») de cette nouvelle méthode de consultation. Pour la plupart, cette opinion était donnée après 4 téléconsultations, alors que les patients avaient donc une certaine expérience de la téléconsultation. Une petite partie recueillait un avis instantané, plus dépendant des aléas techniques notamment. Les inclus « plutôt satisfaits » étaient légèrement plus nombreux que les inclus « tout-à-fait satisfaits » (respectivement 53,1% contre 43,8%), mais sans grand écart. Ces résultats rejoignent ceux des méta-analyses citées dans le chapitre I.5. (35) (37) (39).

Sur 32 patients inclus, seuls deux patients ont arrêté leur suivi en téléconsultation. Un seul a exprimé son rejet de la téléconsultation, et a pu être réorienté sur des consultations présentes. La proportion d'arrêt est donc faible (6,25%), et en accord avec la satisfaction obtenue. L'acceptabilité semble donc bonne, comme dans les données retrouvées dans la littérature (35).

Parallèlement, nous avons dénombré peu d'annulations de téléconsultations (4 sur 221 téléconsultations soit 1,8% de celles-ci), mais il est possible que les investigateurs ne les aient pas répertoriés à chaque fois, ce qui minimise ce chiffre.

Les patients recommanderaient d'ailleurs à leurs proches la téléconsultation dans une large majorité : 61,5% la recommanderaient « tout-à-fait » et 34,6% « plutôt », ce qui est un indice supplémentaire de leur appréciation.

Parmi les avantages de la téléconsultation, ils ont tout d'abord apprécié le fait de ne pas avoir à se déplacer loin de chez eux pour consulter leur psychiatre. Ils retrouvaient dans une grande majorité une qualité de soin égale (76,9% des sondés), autre élément majeur de cette étude. Il s'agit d'une question fermée sans possibilité de graduer son propos, mais la proportion de réponses affirmatives est tout de même importante. Il est intéressant de noter que les 3 interrogés ayant coché « non » à cette question ont pour autant répondu « plutôt satisfait » à la question de la satisfaction globale. Mais l'un d'entre eux a tout de même souhaité arrêter son télésuivi par la suite.

La question sur le délai de consultation était prévue, à l'origine, pour évaluer si la mise en place de téléconsultations permettait un gain en matière de prise de rendez-vous. Malheureusement, cette évaluation a été biaisée par le fait que les patients suivis par le docteur Martin avaient déjà un suivi effectif, donc des rendez-vous fixes et réguliers. Ensuite, en tant qu'interne, nous avons moins de patients en file active, et donc pouvions les recevoir à une fréquence plus importante. Les résultats à ce questionnaire ne sont donc pas interprétables en l'état.

Du point de vue technique, on retrouvait aussi une bonne opinion sur la qualité visuelle des téléconsultations pour les patients et les soignants (respectivement 87,5% et 84,4% de satisfaction). La qualité audio semblait en revanche moins bonne, mais restait encore satisfaisante (68,8% et 75% de satisfaction). Ceci était bien corrélé avec le nombre plus important d'incidents techniques audios répertoriés dans les fiches d'évènements indésirables. La synchronisation semblait plutôt satisfaisante par ailleurs (78,2% et 87,5% de satisfaction).

Au niveau de la qualité de l'échange, des questions indirectes ont été posées afin de permettre une meilleure discrimination entre les qualités intrinsèques et extrinsèques du lien thérapeutique. Il fallait pouvoir recueillir un avis sur la qualité de ce lien à travers la visiotransmission, et donner un avis le plus indépendant possible de la relation thérapeutique entre le malade et son médecin elle-même. Globalement, les patients se sont sentis suffisamment compris et à l'aise (respectivement dans 96,9% et 84,4% des cas), et ont trouvé que la technique a permis un échange suffisamment satisfaisant pour 90,6% d'entre eux. Les patients n'ont en majorité pas ressenti de gêne (73,1%), ni un caractère impersonnel qu'on pourrait attendre d'entretiens via caméra et écran (76,9%). Ce caractère impersonnel était pourtant retrouvé dans certains articles (63) .

De leur côté, les praticiens étaient plutôt très satisfaits de la relation médecin-malade qui a pu s'instaurer ou continuer pendant les téléconsultations (ils étaient satisfaits pour 81% des patients vus en téléconsultation). Il s'agit là d'un des points cruciaux de notre travail car c'est sans doute l'aspect le plus important. Dans le cadre d'une spécialité médicale différente, cette relation est déjà très importante pour une prise en charge optimale et améliorer le bien-être du patient. Dans un suivi psychiatrique, la relation thérapeutique est encore plus centrale, afin que le patient puisse avoir confiance envers le psychiatre. Il est donc inenvisageable que la visiotransmission altère de façon trop importante cette relation. Elle apparaît préservée en téléconsultation, au regard des résultats de ce travail. Il paraît nécessaire de rappeler que ces téléconsultations auraient été suspendues si ce lien avait été impossible, ne permettant alors pas une prise en charge de qualité.

Par ailleurs, l'échange du point de vue des médecins était majoritairement aussi facile qu'en présentiel, mais pas plus facile.

La moitié des patients interrogés trouvaient nécessaire une consultation en présentielle au moins une fois par an, contre un tiers qui ne la trouvait pas essentielle. Il y a donc une vraie

demande de la part de certains patients de conserver des rendez-vous en présentiel avec leur médecin au fil de leur télésuivi. Cela rejoindrait ce que proposait la conférence des présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME) (87), à savoir : un télésuivi, qui complète une prise en charge en face-à-face, plutôt qu'un télésuivi strict.

On retrouve une faible proportion d'évènements indésirables au fil des téléconsultations. On note surtout la faible prévalence d'incidents à conséquences modérées ou graves, puisqu'égalée à une limite arbitraire de 5% des téléconsultations. Cela reste toujours supérieur à des consultations conventionnelles, mais reste acceptable. On peut donc dire, qu'entre la satisfaction obtenue sur les qualités audio et vidéo, et le faible nombre d'incidents, les téléconsultations au CH Esquirol sont suffisamment qualitatives techniquement pour des suivis télépsychiatriques.

II.5.2. Une méthode de consultation perfectible et à l'utilisation restreinte

Au fil de l'expérimentation, il est apparu que le suivi psychiatrique par télémédecine était possible et même satisfaisant. En revanche, les patients faisaient part d'un lien thérapeutique différent, voire inférieur à celui que l'on pourrait avoir en consultation conventionnelle, notamment parce qu'ils trouvaient plus de difficultés à parler avec le médecin. Les réponses données sur la facilité d'échange, l'aisance, ou encore le lien, étaient assez homogènes et positives, mais en contradiction avec les réponses à la question 6. La relation thérapeutique est donc différente, et potentiellement diminuée selon les interrogés. A la question 6, les patients semblaient partagés : ils étaient divisés sur un lien moins fort, et en majorité en désaccord pour dire que ce lien était meilleur qu'en consultation conventionnelle. Sur les réponses combinées aux items d) et f), on retrouvait 5 patients ayant apprécié un meilleur lien thérapeutique, 11 inclus retrouvant un lien moins fort, et 10 ayant une réponse partagée. On pourrait alors conclure que les patients interrogés retrouvaient une alliance thérapeutique potentiellement inférieure, mais en tout cas pas supérieure, à celle d'une consultation en face-à-face. Il s'agit aussi probablement des conséquences des difficultés techniques ressenties par une majorité d'interrogés. Une étude comparant une échelle validée d'alliance thérapeutique retrouvait des alliances similaires entre des sessions de télépsychothérapies et de thérapies en face-à-face (65). Les résultats de notre étude ne sont donc pas réellement comparables à ceux-ci. Il n'est pas vraiment possible de conclure plus avant dans notre étude.

Il apparaît donc qu'il est difficile de pratiquer des entretiens au contenu trop long ou difficile émotionnellement, du fait de la distance installée par la visioconférence. Paradoxalement, cela peut mieux être accepté par les patients, du fait de cette distance permettant parfois de se livrer justement plus facilement. Du point de vue du psychiatre, cette distance peut rendre l'échange plus difficile, et pourrait réduire le niveau de compréhension. Il apparaît de même difficile pour les psychothérapies longues ou psychanalytiques d'être utilisées efficacement en téléconsultation.

Les suivis de pathologies complexes sont aussi à proscrire du fait de cette distance, et de la nécessité dans ces cas-là d'entretiens en face-à-face. La conférence des présidents de CME a donné son avis en avril 2020 (87) : la télépsychiatrie ne semble pas adaptée aux pathologies psychiatriques les plus sévères. C'est également le cas parce que ces pathologies sont aussi celles qui conduisent le plus aux situations de contre-indications à la télé médecine (tels que l'agitation ou le risque suicidaire important).

En effet, les situations de danger en psychiatrie sont plus difficiles à prendre en charge en téléconsultations. Il n'est pas advenu de cas d'hospitalisation sous contrainte à organiser lors des téléconsultations, mais on peut imaginer que l'absence du psychiatre compliquera ces situations déjà difficiles. Les situations de risque suicidaire important, ou de décompensation grave d'une pathologie existante (délire aiguë, dépression sévère) sont en soi des contre-indications à la téléconsultation. Mais nous n'avons pas forcément connaissance a priori de la présence d'idées suicidaires ou délirantes avant la consultation. La distance, et la perte partielle de la communication non verbale, rendent l'évaluation clinique moins précise dans ces cas-là notamment. Il est nécessaire de mettre en place des conduites à tenir préalablement à de telles situations. Il est notamment important d'être en relation avec les urgences psychiatriques les plus proches, ou un éventuel psychiatre présent sur le lieu de consultation, comme le propose Shore (54). Celui-ci pourrait à ce moment-là réévaluer le patient sur place et participer à l'organisation de la prise en charge si nécessaire. Un tiers, à prévenir en cas d'urgence, peut être désigné avant chaque suivi, selon l'APA (22) (Cf. chapitre **I.5.5.**).

Dans l'étude, la qualité visuelle et sonore était la plupart du temps suffisante pour mener à bien les téléconsultations. Mais il est arrivé plusieurs incidents techniques, qui ont pu gêner la bonne marche des consultations. La lecture de la présentation et des caractéristiques non verbales des patients a clairement laissé à désirer dans ce protocole d'étude. Il est arrivé que le thérapeute ne voit pas immédiatement le patient pleurer, du fait d'une définition d'image très basse, et d'une mauvaise exposition. C'est une erreur qui n'est pas acceptable, et peut avoir

des conséquences néfastes à court ou moyen terme. Cela est dû à la qualité technique, qui n'était pas suffisamment optimale pour permettre de voir les détails des émotions et gestuelles chez nos patients. Il s'agit d'une difficulté qu'il est nécessaire de surmonter pour atteindre un soin optimal. Cela avait d'ailleurs été pointé par certains articles (63) (88). Une qualité vidéo haute définition et une connexion à 2 Mbps ne semblent pas être superflue pour un travail de bonne qualité.

Le nombre d'incidents techniques de gravité importante ou modérée était inférieur à 5% dans les deux cas, ce qui est heureux mais pas suffisant. Il est d'ailleurs possible que le nombre d'incidents de gravité modérée soit sous-estimé, car plus difficile à coter que les incidents de gravité faible ou importante. Les consultations en présentiel ne pâtissent pas de ce genre d'incidents. C'est la contrepartie de l'utilisation des NTIC : le risque d'incidents et de dépendance aux techniciens. Il est nécessaire, qu'en plus de la qualité de rendu audio-visuel, la solution matérielle et la bande passante proposées soient les plus stables possibles et de bonne qualité.

Il faut également des locaux adaptés à la télémedecine. Au CMP de Guéret, la salle de consultation utilisée était de petite taille, mais avec un plafond plutôt haut, créant une cage d'écho qui s'est avérée très gênante. De même, la caméra était orientée vers la fenêtre, et cela provoquait donc des contrejours, qui diminuaient la luminosité de l'image.

L'utilisation de la télémedecine pour la télépsychothérapie nécessite encore beaucoup de travail et surtout d'études cliniques robustes pour se développer et démontrer son intérêt. On a pu voir en **1.5.7.** plusieurs études randomisées mais avec de faibles effectifs et donc des niveaux de preuve insuffisants. Cette nouvelle pratique nécessite la mise en place de protocoles de recherche clinique complets avec randomisation des patients (prise en charge en face-à-face contre visioconférence), et ce sur de grands effectifs.

Enfin, au moins un patient a souhaité arrêter son télésuivi, justement parce qu'il était en visioconférence. Il est clair que cette nouvelle méthode ne plait ni à tous les patients, ni à tous les praticiens d'ailleurs. Il est important que ces malades soient réorientés sur des suivis présentiels, pour éviter d'éventuels retards de prise en charge et pertes de chance. Des profils de patients ou de pathologies pouvant accéder à la télépsychiatrie sont à étudier et mettre en place pour éviter de faire perdre du temps aux patients et soignants.

II.5.3. Limites du présent travail

Tout d'abord, ce travail n'est pas une étude randomisée, comparative, en double aveugle. Il s'agit d'une enquête d'opinion naturaliste. Il ne peut ressortir de ce travail aucune preuve scientifique de haut grade. Elle ne doit pas proposer plus que ce pour quoi elle a été conçue : donner un avis à un temps t , avec les conditions environnementales et facteurs de confusion inhérents à ce type de travail. Cette présente étude ne rapporte que les opinions des patients et des médecins, opinions par essence subjectives. Ces points de vue ont été influencés par l'environnement local dans lequel elles sont effectuées, et ne peuvent être généralisée à la télépsychiatrie dans son ensemble. L'état psychique du patient à ce moment-là, l'appréhension et le niveau d'habitude au numérique, la confiance placée dans les soignants et le psychiatre, ont tous un impact non négligeable sur le ressenti des téléconsultations.

Rappelons également que notre échantillon n'est pas représentatif de la population générale. Il s'agit de patients consultant au CMP de Guéret, non naïfs de soins psychiatriques. Les patients auxquels ont été proposées les téléconsultations ont été choisis a priori. Le télésuivi n'était pas proposé aux patients dont l'intensité des troubles était trop sévère, ou pour lesquels il fallait privilégier une communication en présentiel. La proposition de télésuivi leur été faite après prise en compte de tous ces critères. Tout cela va dans le sens d'un biais de sélection dans l'échantillon de patients inclus : ceux-ci pouvaient avoir des attentes très positives de la télémédecine. Ceci explique d'ailleurs l'absence de refus comptabilisé dans l'étude. De plus, le choix des patients à qui la téléconsultation a été proposée a probablement diminué le risque de situations psychiatriques dangereuses, puisque les pathologies complexes ou à potentiel de dangerosité ont été exclues a priori.

Enfin, les résultats obtenus sur un aussi petit échantillon ne peuvent pas être d'un haut niveau de significativité, et les inclus ne représentent pas tous les patients suivis en téléconsultations.

Autre limite, il n'y avait que deux psychiatres participants à l'étude, ce qui diminue encore l'objectivité des réponses. Leur avis pouvait être biaisé puisqu'ils avaient des attentes positives de la téléconsultation, d'autant que l'un d'entre eux était le coordonnateur de l'étude.

Enfin, les patients inclus ne représentent pas tous les participants aux téléconsultations entre le CH Esquirol et le CMP de Guéret. Un certain nombre de patients ont refusé de participer à

l'étude, ou n'ont pu être inclus pour des soucis organisationnels, ou à cause de la crise. Tous ces patients supplémentaires auraient peut-être changé les résultats des questionnaires.

Du fait de la crise de la COVID, il n'a pas été non plus possible d'analyser l'évolution des opinions entre la primotéléconsultation et la quatrième. En effet, les 6 patients ayant débuté leur suivi après le commencement du protocole, ont été inclus en février 2020 et n'ont donc pas eu 4 téléconsultations avant la fin du protocole. Ces données seront collectées plus tard.

Il s'agissait de conditions d'expérimentation, que ce soit d'un point de vue clinique, organisationnel ou technique. L'avis rapporté peut avoir été biaisé par le fait que le prestataire Orange® de visio-transmission était une solution provisoire, et non optimale pour le moment. De même que les patients, les psychiatres n'avaient pas l'habitude des téléconsultations et ont donc dû s'adapter à ce nouveau mode de consultation.

De plus, peut-on scinder la satisfaction des patients de la qualité du lien thérapeutique qu'il partage avec le praticien ? Il paraît difficile de pouvoir être totalement indépendant de la confiance qu'il porte aux soignants et au thérapeute. Un malade qui se sent compris et correctement aidé pourrait avoir une opinion plus positive de ce que lui propose le médecin. A l'inverse, un patient insatisfait des soins prodigués, peu confiant ou en grande souffrance psychique, pourra être très réfractaire à cette pratique avant même d'en avoir bénéficié.

Il faut enfin noter que l'avis sur la qualité audio a pu être biaisé par l'utilisation ponctuelle d'un casque audio avec micro intégré. En effet, pendant une période d'environ un mois, la qualité sonore de la visio-transmission s'est significativement altérée. Pour y palier, un casque audio avec micro intégré a été proposé aux patients, si besoin au moment de la consultation. Suite à une intervention des techniciens informatiques sur la ligne, cette qualité s'est améliorée, et n'a plus nécessité le port du casque. Cela a pu influencer les résultats aux questionnaires sur la satisfaction de la qualité audio, aussi bien de façon positive que négative. On peut imaginer que le casque a pu améliorer leur opinion, ou à l'inverse, augmenter l'inconfort ou l'impression d'absence de maîtrise. Notons que le casque n'a pas été utilisé sur une longue période.

II.5.4. Retours sur l'expérimentation

Il nous paraissait intéressant de rapporter l'avis des psychiatres, qui ont pratiqué les téléconsultations au CMP de Guéret. Cela permettra de préciser leur opinion sur certains éléments que les questionnaires n'abordaient pas.

Tout d'abord, la technique reste un élément très perfectible dans cette nouvelle méthode de prise en charge, et c'est le point crucial. Il est nécessaire que l'audio et la vidéo disponibles soient plus nets, pour permettre de meilleurs échanges et une meilleure évaluation clinique, verbale et non verbale.

Il nous semble que le lien thérapeutique n'a pas été altéré par cette nouvelle méthode de consultation du point de vue du praticien. Mais la plupart des patients étaient déjà suivis de visu. Cet élément, ainsi que l'accueil du patient par les infirmiers du CMP, ont permis le maintien de la qualité du lien thérapeutique dans le suivi.

Il apparaît plus difficile de gérer les patients à distance dans les situations cliniques d'urgence ou d'agitation. Tout au long des suivis au CMP, il n'y a jamais eu besoin de soins sous contrainte, mais l'impression des médecins reste que la télémédecine aurait pu freiner la démarche, ou la compliquer. Il s'agit d'un argument fort en faveur de la tenue des téléconsultations en CMP, et non à domicile.

Il apparaît également que l'absence physique du médecin a pu tronquer l'évaluation clinique, notamment pour l'évaluation de l'incurie, ou les signes d'éthylisme aigu par exemple.

Par ailleurs cela a posé problème pour les patients présentant une hypoacousie. Pour ces patients, les infirmiers devaient parfois les accompagner, pour reprendre les mots du psychiatre plus forts ou plus clairs. Il est d'ailleurs important de noter que, pour au moins un patient qui présentait pourtant une forte hypoacousie, le lien avec le psychiatre était plus important que la manière de le consulter. En effet, le patient souhaitait tout de même la téléconsultation, malgré les problèmes sonores et de compréhension, car il voulait par-dessus tout continuer son suivi avec son psychiatre habituel. Cela prouve la force du lien thérapeutique que l'on peut rencontrer. Cela démontre également que ce lien si important est toujours présent à travers la visio-transmission, et ce, malgré les problèmes sonores.

L'utilisation du casque-micro pouvait améliorer la qualité du son et diminuer les échos, mais pouvait être gênant et encombrant pour les patients. L'avantage audio apporté n'était pas suffisamment important pour que son utilisation se pérennise, et il n'a donc été utilisé que pendant une courte période.

Enfin, la signature électronique des prescriptions sera une avancée importante, puisqu'elle permettra de réduire la charge administrative nécessaire pour chaque patient. Avec notre solution de télémedecine actuelle, le praticien doit imprimer l'ordonnance, la signer, la scanner et l'implémenter sur le dossier patient. Il est nécessaire de simplifier ces étapes, qui sont coûteuses en temps et en sécurité.

Il nous paraissait également nécessaire de recueillir l'avis des infirmiers et secrétaires du CMP, qui sont en première ligne et les plus mobilisés. En effet, ils gèrent la prise de rendez-vous, l'impression des ordonnances, amènent et ramènent le patient de la salle d'attente au bureau de consultation. Ils préparent l'ordinateur pour la vidéotransmission, règlent le logiciel si besoin, et les problèmes techniques mineurs.

Au CMP de Guéret, depuis le début des téléconsultations, un infirmier est occupé à cette tâche, prenant deux après-midis de son temps de soignant pour la télémedecine. C'est parfois également un temps d'accompagnement du patient pendant la téléconsultation en elle-même. Il ne peut donc utiliser ce temps pour des consultations ou des soins. Il paraît absolument nécessaire que cette pratique, si elle venait à se pérenniser, soit officiellement intégrée à leur emploi du temps, et prise en compte.

Si l'on interroge les infirmiers qui sont intervenus dans le cadre de ces téléconsultations, ils rapportent en tout premier lieu une qualité technique à améliorer. Cette technique leur apparaissait suffisante mais non optimale. Il leur apparaissait également difficile de suivre et être efficace dans l'accompagnement, sans voir ce qu'il se passe dans le bureau de consultation. Une facilité serait d'avoir un bureau de consultation vitré, à côté duquel l'infirmier serait posté. Cela permettrait de savoir où en est la consultation, pouvoir anticiper pour le patient suivant, recevoir l'ordonnance et la donner directement au patient qui sortira, en même temps que le prochain rendez-vous. Si l'infirmier n'assiste pas à la consultation, il ne sait pas ce qui se passe, ne pourra pas agir rapidement en cas d'agitation ou d'attaque de panique. Une autre solution serait que l'infirmier assiste à toutes les téléconsultations.

De plus, la surdité est un problème non négligeable, car il oblige à un accompagnement nécessaire en téléconsultation, et à des ré-explications fastidieuses pour les infirmiers et le médecin.

Une autre application de la télémédecine qui pourrait être intéressante pour le CMP serait le téléstaff. En effet, la solution de visiotransmission permettrait aussi de staffer les cas des patients, sans nécessité de déplacement pour le médecin, et donc plus facilement.

II.5.5. L'essor de la télémédecine pendant le confinement

La période de confinement national a été propice à l'utilisation de la télémédecine en France. En effet, la télémédecine, dans sa définition large, a permis la continuité des soins alors que les déplacements au cabinet du médecin étaient contrariés par le confinement.

Fin mars 2020, 11% des consultations en France correspondaient à des téléconsultations, contre 1% avant (89). Un peu moins de 500 000 téléconsultations ont eu lieu entre le 23 et le 29 mars 2020, contre 10 000 par semaine début mars. Elles sont même montées à 1,1 million en avril.

En effet, à partir de ce moment-là, le ministre de la Santé Olivier Véran a autorisé la consultation par téléphone afin d'améliorer le suivi médical notamment des personnes fragiles, et de permettre la détection de cas suspects de COVID-19, lorsque les patients n'avaient pas accès aux technologies numériques (smartphone ou matériel de vidéo-transmission, connexion internet) (90).

Ces téléconsultations téléphoniques étaient donc réservées aux patients atteints ou suspectés de COVID, ou bien en affection de longue durée, âgés de plus de 70 ans, pour les femmes enceintes, ou les personnes sans moyens vidéo ou de connexion internet suffisants. Elles étaient remboursées au même titre que les consultations habituelles, et ce sans obligation de respecter le parcours de soins.

On voit donc que la crise de la COVID-19 a conduit à l'explosion de la télémédecine en France et dans le monde. Beaucoup de téléconsultations ont eu lieu par téléphone, permettant une première évaluation du cas et l'orientation du malade.

Cependant, le téléphone reste une voie restrictive de consultation, puisque l'on n'a accès qu'à la voix du patient, et non à son image, sa posture, le non verbal ou ses expressions faciales.

La visioconférence permet donc d'apporter plus d'informations aux médecins pour évaluer cliniquement son patient. Cela permet aussi de favoriser le lien avec le malade, qui peut, plus qu'avec le seul son de la voix, ressentir l'empathie du médecin. Cela passe là aussi par le non verbal dégagé par le praticien. L'image du médecin en interaction avec le patient permet la création d'une « présence sociale », plus rassurante qu'une simple voix.

Certains articles ont d'ailleurs détaillé comment la télépsychothérapie pouvait aider les psychothérapeutes à répondre aux besoins des patients pendant cette pandémie, pour leur suivi habituel ou sur les symptômes spécifiques provoqués par cette crise (91). Même la psychanalyse semble avoir compris la nécessité de s'y intéresser, selon un article du Monde (92).

Parallèlement à l'utilisation du téléphone, le nombre de téléconsultations par visioconférence s'est accru pendant la crise. Notamment, les solutions de télémédecine privée telles que Qare®, Doctolib® ou MesDocteurs® se sont considérablement accrues. La plateforme Doctolib® enregistrait par exemple 100 000 consultations vidéo sur la seule journée du 30 mars 2020 (93). Il s'agit là de solutions de télémédecine hétéroclites, certaines proposent une visiotransmission entre le médecin référent et son patient à domicile.

D'autres fournissent directement une téléconsultation avec un médecin non connu du patient 24/24h 7/7j, facilitant selon ces entreprises l'accès à des soins à domicile pour n'importe quelle spécialité, n'importe où en France.

Il faut noter que certaines de ces entreprises ont fait l'objet de poursuites judiciaires, parce qu'elles ne respectaient pas le parcours de soin coordonné du patient. Le conseil d'état a d'ailleurs rendu en 2019 une décision empêchant le remboursement des téléconsultations ne rentrant pas dans le cadre de ce parcours de soins territorial (94).

En plus des téléconsultations de solutions privées, les médecins ont aussi été amenés à utiliser les outils de communications les plus simples pour eux, et pour leurs patients. En effet, pour l'assurance maladie, « les outils de communication vidéo existants sur le marché (exemple Skype®, FaceTime®...) apparaissent suffisamment sécurisés pour l'échange vidéo avec le patient lorsqu'il est connu. » (28).

L'HAS reste vague sur ce genre de solutions, mais insiste sur une identification forte du professionnel de santé et l'utilisation de serveurs sécurisés. Ces critères ne semblent ainsi pas complètement correspondre à l'utilisation des logiciels commerciaux précédemment cités.

Les autorités de santé se rejoignent en revanche sur l'insuffisance de leur sécurité informatique lorsqu'il s'agit d'échanger des documents médicaux, et d'héberger des données médicales. On peut donc dire que ces solutions pratiques ne peuvent se concevoir que pour de seuls échanges vidéo entre le médecin attiré du patient et ce dernier, dans un contexte de crise comme on l'a connu durant le printemps 2020. En dehors de ces situations, une solution certifiée de télémédecine reste préférable.

Il faut noter que toutes les voix ne se lèvent pas pour plébisciter la pratique de la télémédecine en psychiatrie. Suite à la crise de la COVID-19, la conférence nationale des présidents de Commission médicale d'établissement (CME) a rendu un avis confirmant la nécessité du maintien de consultations présentiels en CMP, où la téléconsultation ne viendrait que compléter la consultation en présentiel, pour maintenir le contact avec le malade (87). Dès 2015, elle avait rappelé le caractère complémentaire de la télépsychiatrie, non substituable aux rencontres présentiels. En 2020, elle conclue par la nécessité de poursuivre les expérimentations pour définir au mieux le périmètre d'action et les limites de cette méthode.

Pendant le confinement, le CMP de Guéret a été fermé. Seules des consultations d'urgence ont pu être organisées. Les téléconsultations n'ont pu avoir lieu. Cela pose la question de l'indication et la pertinence des téléconsultations au domicile des patients. En effet, il s'agit là d'un gain de temps majeur pour le patient, qui n'a pas besoin de se déplacer au CMP, et peut se sentir plus à l'aise chez lui, plutôt que dans un bureau, pour consulter son psychiatre.

C'est d'ailleurs ce que proposent les solutions commerciales de télémédecine. Ce genre de pratique peut paraître hasardeuse en psychiatrie à notre sens. Tout d'abord, il n'est pas sûr que les patients adhèrent à un service où le psychiatre s'immisce dans leur domicile, et préféreront peut-être un entretien en terrain « neutre ». De même pour le psychiatre, pour lequel le bureau du CMP formalisera peut-être mieux la consultation psychiatrique et les soins prodigués. Chaque praticien et chaque patient choisira en fonction de ses ressentis, convictions et des possibilités techniques proposées.

Se pose aussi le problème de la confidentialité : la confidentialité numérique ne pourra peut-être pas être aussi optimale sur un ordinateur personnel, que sur le système proposé pour les

professionnels. De même, comment garantir la confidentialité de l'entretien vis-à-vis des autres occupants du domicile du malade ?

La sécurité de l'ordonnance peut aussi poser question : sera-t-elle envoyée par la poste, avec donc un délai avant réception, par mail sur une messagerie personnelle insuffisamment sécurisée, ou par fax à la pharmacie, si le fax est encore disponible chez le praticien ?

Le dernier point de doute semble critique : comment organiser l'hospitalisation sous contrainte d'un patient qui consulte depuis son domicile ? Il semble plus simple et moins risqué que le patient consulte au CMP, pour que les infirmiers puissent l'informer et l'accompagner tout au long du processus si nécessaire.

II.6. Perspectives

La téléconsultation de psychiatrie, telle que nous l'avons pratiquée depuis plus d'un an et demi, peut être considérée comme fonctionnelle. Elle s'est avérée relativement pratique et rapide à mettre en place dans une configuration technique et organisationnelle minimale. La télémédecine ne doit pas être la « dernière solution », une alternative par défaut face à la désertification médicale. Elle doit impérativement convenir aux principaux acteurs de santé, et ne pas se révéler inférieure à la consultation présenteielle en matière de soins. Cette satisfaction est donc au rendez-vous, comme le montrent les résultats de notre étude, et c'est important de le noter.

Il est donc nécessaire, après cette phase d'expérimentation, de se demander si les résultats de cette étude vont permettre de pérenniser et donc organiser de façon stable les téléconsultations de psychiatrie entre le CH Esquirol et le CMP de Guéret.

Dans ce cadre, nous pouvons d'ores et déjà proposer des mesures organisationnelles et en matière de protocole cliniques.

La première mesure nécessaire qui résulte de ce travail réside dans l'amélioration de la qualité audio et vidéo. Il paraît nécessaire :

- D'augmenter le niveau de définition des moniteurs recevant le signal vidéo, une qualité HD paraissant le minimum ;
- Se procurer une caméra avec une meilleure définition visuelle, et un micro de meilleure qualité ;

- Augmenter la capacité de la bande passante, pour un minimum d'1 Mbps ;
- Adapter les lieux de consultation (exposition lumineuse, écho, insonorisation) ;
- Adopter une solution de visiotransmission plus stable ou améliorer celle-ci.

Le personnel devra d'ailleurs être formé à l'utilisation de ce nouveau matériel, et aux protocoles d'urgence ou procédures dégradée.

D'un point de vue économique, le matériel peut paraître couteux, mais la dépense occasionnée est à mettre en balance avec les coût des déplacements. De plus, le matériel de téléconsultation peut aussi être utilisé pour les téléstaffs, pour les autres professionnels de psychiatrie (en addictologie pour le Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie - CSAPA - de Guéret par exemple), ou les autres spécialités médicales.

Il est ensuite important de mettre en place de façon officielle une procédure dégradée en cas de panne matérielle, logicielle ou de réseau. Celle-ci orientera les soignants vers un entretien téléphonique, la réorganisation rapide d'une consultation ou même vers un entretien avec un médecin sur place si besoin.

En cas d'urgence psychiatrique, un plan devra être formalisé, notamment avec la mise en place d'une articulation de la prise en charge avec ses personnes de confiance, les urgences psychiatriques et l'hôpital psychiatrique La Valette de Saint-Vaury, afin de faciliter les évaluations ou hospitalisations des patients en sécurité.

Il convient également de systématiser les primoconsultations de visu avant de débiter un télésuivi, et d'organiser des consultations en présentiel systématiques pour chaque patient, à une fréquence qui reste à établir. Il sera important de se demander quel sera le but exact de cette consultation. Il ne faut pas organiser une consultation en face-à-face de façon arbitraire, mais avoir des objectifs précis à proposer.

Ces objectifs pourraient, selon nous, être les suivants :

- Renforcer le lien avec le patient ;
- Travailler des éléments difficiles ou douloureux, pour lesquels la visiotransmission est peu adaptée ;
- Prévoir un entretien environnemental avec les proches ;

- Effectuer un examen clinique du patient.

Il sera nécessaire de déterminer par avance les « profils » de patients pouvant accéder aux téléconsultations, si cela est possible, en fonction :

- De la sévérité et de la complexité de leur pathologie ;
- De la présence d'une dangerosité immédiate (risque auto- ou hétéro-agressif) ;
- Et de la présence de contre-indications absolues ou relatives à la télémédecine

L'organisation de l'équipe soignante autour des téléconsultations devra aussi être formalisée, en attribuant chaque tâche à chaque intervenant, et en les intégrant à la fiche de poste du professionnel de santé concerné. Ceci permettra d'organiser les tâches en leur donnant un cadre légal, et de valoriser les compétences des infirmiers et secrétaires.

Enfin, il est nécessaire de mettre en place une étude randomisée sur de plus gros échantillons, afin de valider l'acceptabilité, la satisfaction et la mise en œuvre de la télépsychiatrie en France, grâce à des résultats plus robustes. Il faudra passer rapidement des expérimentations isolées à une mise en place nationale.

CONCLUSION

La télémédecine en psychiatrie ne représente pas la panacée. Il s'agit simplement d'une des solutions aux problèmes présents et futurs de la médecine en France. Elle n'a pas pour objectif de remplacer toutes les consultations en présentiel. Néanmoins, elle représente à notre sens un moyen de pallier le déficit de la démographie médicale dans certaines régions et pour certaines spécialités médicales, dont la psychiatrie est un bon exemple.

Comme pour des soins conventionnels, cette méthode doit être adaptée et adaptable à chaque patient et à chaque situation. La triangulation psychiatre - patient - médecin traitant est d'autant plus indispensable à sa bonne utilisation, qu'elle peut trouver tout son intérêt par le développement et l'utilisation de la téléexpertise.

La télépsychiatrie est un outil supplémentaire et fonctionnel au service du soin, qui peut ainsi apporter un service pratique et une plus-value en psychiatrie. Un cadre précis et une organisation rigoureuse sont nécessaires, et doivent s'appuyer sur une articulation secrétaire - infirmier - médecin – patient, à l'instar d'une unité de soin habituelle.

Pour que la télépsychiatrie soit plus efficiente et plus adoptée, une politique de santé commune, menée par l'état et l'HAS, semble nécessaire, afin d'harmoniser et de simplifier son utilisation sur l'ensemble du territoire.

Il nous paraît important de rappeler le dénuement des soins psychiatriques en prison. Il s'agissait d'ailleurs de la priorité 2019 pour le ministère de la Justice. Il n'y a aujourd'hui que 26 SMPR (service médico-psychologique régional) pour 188 établissements pénitentiaires, et la précarité des soins psychiatriques en prison ne s'améliore pas au fil des années. La télépsychiatrie pourrait représenter un moyen relativement simple et peu onéreux d'accroître les soins en détention, pour une population qui en a besoin.

Pour que de tels projets voient le jour et se pérennisent, la qualité du matériel utilisé et de la technique doit être optimale. Les intervenants doivent y être formés. Le professionnel doit se sentir à l'aise, et pouvoir recréer un cadre de consultation agréable, efficient, respectant la déontologie et l'éthique.

La crise de la COVID, et le confinement qui en a découlé, ont joué un rôle d'accélérateur dans l'utilisation de la télémédecine, en contraignant les médecins à y recourir au moins en partie. Il est à espérer que cela permettra son adoption progressive auprès des professionnels de santé, guidé par le plan de santé nationale « Ma Santé 2022 ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Paille R. Télémédecine : applications et perspectives en psychiatrie. [France]: Université de Bordeaux; 2015.
2. Einthoven W. Le telecardiogramme. Arch Internat Physiol. 1906;4(132).
3. CIRM (Centre International Italien de Radio-Médecine). The sixty years of the International radio medical centre. 1995;
4. Vladzmyrskyy, Lievens, Jordanova. A Century of Telemedicine: Curatio Sine Distantia et Tempora. Sofia, Bulgaria; 2016.
5. Wittson CL, Benschoter R. Two-Way Television: Helping the Medical Center Reach Out. AJP. nov 1972;129(5):624-7.
6. Shore J. The evolution and history of telepsychiatry and its impact on psychiatric care: Current implications for psychiatrists and psychiatric organizations. Int Rev Psychiatry. 2015;27(6):469-75.
7. Carlin, Rawson. Using Technology for Online Distance Counseling & Supervision [Internet]. Behavioral Health Innovation; 2014. Disponible sur: <http://www.vsias.org/wp-content/uploads/2015/07/Using-Technology-for-Online-Distance-Counseling-Supervision.pdf>
8. Hartvigsen G, Johansen M. Challenges in telemedicine and eHealth: lessons learned from 20 years with telemedicine in Tromso. MEDINFO. 2007;1(129):82-6.
9. WHO (World Health Organization). Informatique sanitaire et télémédecine Rapport du Directeur général [Internet]. WHO; 1997 janv. Report No.: 99ème session-Point 17. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/182901/EB99_30_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Ministère des Solidarités et de la Santé. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 78. 2009-879 juill 21, 2009.
11. HAS (Haute Autorité de Santé). Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation [Internet]. HAS; 2013 juill p. 152. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1622477/fr/efficience-de-la-telemedecine-etat-des-lieux-de-la-litterature-internationale-et-cadre-d-evaluation
12. Oh H, Rizo C, Enkin M, Jadad A, Powell J, Pagliari C. What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. J Med Internet Res. fevrier 2005;7(1):11.
13. Ministère des Solidarités et de la Santé. Présentation du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires [Internet]. oct 13, 2017. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/presentation-du-plan-gouvernemental-d-acces-territorial-aux-soins>
14. ARS Nouvelle-Aquitaine. Télémédecine en Unité sanitaire - Développement d'une activité de téléconsultation et de téléexpertise en Unité Sanitaire (US) - appel à candidature. 2018 juin.
15. ATA (American Telemedicine Association), Turvey C, Coleman M. ATA Practice Guidelines for Video-Based Online Mental Health Services. Telemedicine and e-Health. sept 2013;19(9):722-30.
16. Massé G, Frappier A, Kannas S. Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française, An appeal for the birth of French telepsychiatry. L'information psychiatrique. 2006;Volume 82(10):801-10.
17. Riemer-Reiss ML. Utilizing Distance Technology for Mental Health Counseling. Journal of

Mental Health Counseling. 1 juill 2000;22(3):189.

18. Berryhill MB, Culmer N, Williams N, Halli-Tierney A, Betancourt A, Roberts H, et al. Videoconferencing Psychotherapy and Depression: A Systematic Review. *Telemedicine and e-Health*. 26 juill 2018;
19. Walter A. Patient Satisfaction With CBT for Insomnia Similar Whether Delivered Face-to-Face or With Telemedicine [Internet]. 2020 sept 4; NTK Institute. Disponible sur: <https://ntk-institute.org/patient-satisfaction-cbt-insomnia-similar-whether-delivered-face-face-or-telemedicine>
20. WHO (World Health Organization). WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Recommendations and justification. Genève; 2019. Report No.: WHO/RHR/19.10.
21. AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé), Pineau G. Télésanté: lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie - rapport. Montréal; 2006.
22. APA (American Psychiatric Association). Telepsychiatry via Videoconferencing. 1998 juill. Report No.: 980021.
23. Ministère des Solidarités et de la Santé. Code de la santé publique - Article R6316-1. Code de la santé publique.
24. Ministère des Solidarités et de la Santé. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine. 2010-1229 oct 19, 2010.
25. Ministère des Solidarités et de la Santé. LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 - Article 36. 2013-1203 déc 23, 2013.
26. Ministère des Solidarités et de la Santé. LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 - Article 54. 2017-1836 déc 30, 2017.
27. CNAM (Caisse nationale de l'Assurance Maladie). Avenant N°6 à la convention nationale [Internet]. 2016 août p. 165. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/375829/document/convention_medicale_cnam_version_consolidee_fevrier_2019.pdf
28. CNAM (Caisse nationale de l'Assurance Maladie). Dossier de presse - Généralisation de la téléconsultation. 2018.
29. HAS (Haute Autorité de Santé). Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise - Guide de bonnes pratiques [Internet]. HAS; 2019 mai p. 27. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2844641/fr/qualite-et-securite-des-actes-de-teleconsultation-et-de-teleexpertise
30. Stab P. La téléconsultation en psychiatrie: évaluation d'une expérience originale dans le haut pays niçois. [France]: Université Louis Pasteur de Strasbourg; 2001.
31. Nebout S. La téléconsultation en psychiatrie: une étude de faisabilité en Haute-Normandie [Internet]. [France]: Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen; 2008. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01140551>
32. Desbordes M, Nebout S, Grès H, Guillin O, Haouzir S. La télémédecine en psychiatrie du sujet âgé : enjeux et perspectives. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. oct 2015;15(89):270-3.
33. Labouré-Faisantieu C. La télémédecine en psychiatrie : Pratiques et représentations chez les

psychiatres Normands [Internet]. Université de Caen - Normandie; 2019. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02499785/document>

34. Doyen CM, Oreve M-J, Desailly E, Goupil V, Zarca K, L'Hermitte Y, et al. Telepsychiatry for Children and Adolescents: A Review of the PROMETTED Project. *Telemedicine and e-Health*. janv 2018;24(1):3-10.
35. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. What About Telepsychiatry? A Systematic Review. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*. 2010;12(2).
36. Hilty DM, Marks SL, Urness D, Yellowlees PM, Nesbitt TS. Clinical and Educational Telepsychiatry Applications: A Review. *Can J Psychiatry*. 1 janv 2004;49(1):12-23.
37. Norman S. The use of telemedicine in psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2006;13(6):771-7.
38. Hyler SE, Gangure DP, Batchelder ST. Can Telepsychiatry Replace In-Person Psychiatric Assessments? A Review and Meta-Analysis of Comparison Studies. *CNS Spectrums*. mai 2005;10(5):403-15.
39. 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*. juin 2007;58(6):836-43.
40. García-Lizana F, Muñoz-Mayorga I. Telemedicine for Depression: A Systematic Review. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2010;46(2):119-26.
41. Ruskin PE, Silver-Aylaian M, Kling MA, Reed SA, Bradham DD, Hebel JR, et al. Treatment Outcomes in Depression: Comparison of Remote Treatment Through Telepsychiatry to In-Person Treatment. *American Journal of Psychiatry*. août 2004;161(8):1471-6.
42. Kobak KA, Williams JBW, Engelhardt N. A comparison of face-to-face and remote assessment of inter-rater reliability on the Hamilton Depression Rating Scale via videoconferencing. *Psychiatry Research*. 28 févr 2008;158(1):99-103.
43. Sharp IR, Kobak KA, Osman DA. The use of videoconferencing with patients with psychosis: a review of the literature. *Ann Gen Psychiatry*. 2011;10(1):14.
44. 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*. 15 janv 1997;58(1):22-5.
45. Lal S, Abdel-Baki A, Sujanani S, Bourbeau F, Sahed I, Whitehead J. Perspectives of Young Adults on Receiving Telepsychiatry Services in an Urban Early Intervention Program for First-Episode Psychosis: A Cross-Sectional, Descriptive Survey Study. *Front Psychiatry*. 3 mars 2020;11:117.
46. Di Maggio. *Télé médecine en Psychiatrie*. 2018 avr 2; Saint Malo.
47. 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*. févr 2004;19(2):101-8.
48. APA (American Psychiatric Association), ATA (American Telemedicine Association), Shore JH, Yellowlees P, Shore P. *Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health* April 2018. *Telemed J E Health*. 2018;24(11):827-32.

49. Cullum CM, Weiner MF, Gehrman HR, Hynan LS. Feasibility of Telecognitive Assessment in Dementia. *Assessment*. déc 2006;13(4):385-90.
50. Lee JH, Kim JH, Jhoo JH, Lee KU, Kim KW, Lee DY, et al. A Telemedicine System As a Care Modality for Dementia Patients in Korea. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. juin 2000;14(2):94-101.
51. Roth DE, Ramtekkar U, Zeković-Roth S. Telepsychiatry: A New Treatment Venue for Pediatric Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. juill 2019;28(3):377-95.
52. Thomas JF, Novins DK, Hosokawa PW, Olson CA, Hunter D, Brent AS, et al. The Use of Telepsychiatry to Provide Cost-Efficient Care During Pediatric Mental Health Emergencies. *PS*. févr 2018;69(2):161-8.
53. Saint-André S, Neira Zalentein W, Robin D, Lazartigues A. La télépsychiatrie au service de l'autisme. *L'Encéphale*. févr 2011;37(1):18-24.
54. Shore J, Hilty D. Emergency management guidelines for telepsychiatry. *General Hospital Psychiatry*. 1 mai 2007;29(3):199-206.
55. Williams, Pfeffer, Hilty. Telepsychiatry in the emergency department. California HealthCare Foundation. 2009;
56. Saurman E, Kirby SE, Lyle D. No longer 'flying blind': how access has changed emergency mental health care in rural and remote emergency departments, a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. déc 2015;15(1):156.
57. King VL, Brooner RK, Peirce JM, Kolodner K, Kidorf MS. A randomized trial of Web-based videoconferencing for substance abuse counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 1 janv 2014;46(1):36-42.
58. Young LB. Telemedicine interventions for substance-use disorder: a literature review. *J Telemed Telecare*. janv 2012;18(1):47-53.
59. Lin L (Allison), Casteel D, Shigekawa E, Weyrich MS, Roby DH, McMenamin SB. Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*. juin 2019;101:38-49.
60. Backhaus A, Agha Z, Maglione ML, Repp A, Ross B, Zuest D, et al. Videoconferencing psychotherapy: a systematic review. *Psychol Serv*. mai 2012;9(2):111-31.
61. Norwood C, Moghaddam NG, Malins S, Sabin-Farrell R. Working alliance and outcome effectiveness in videoconferencing psychotherapy: A systematic review and noninferiority meta-analysis. *Clin Psychol Psychother*. nov 2018;25(6):797-808.
62. Agnew-Davies R, Stiles WB, Hardy GE, Barkham M, Shapiro DA. Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM). *British Journal of Clinical Psychology*. mai 1998;37(2):155-72.
63. Simpson S, Bell L, Knox J, Mitchell D. Therapy via videoconferencing: a route to client empowerment? *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2005;12(2):156-65.
64. Simpson S. Psychotherapy via videoconferencing: a review. *British Journal of Guidance & Counselling*. 1 août 2009;37(3):271-86.
65. Germain V, Marchand A, Bouchard S, Guay S, Drouin M-S. Assessment of the Therapeutic

Alliance in Face-to-Face or Videoconference Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 1 févr 2010;13(1):29-35.

66. Marchand A, Crevier MG. L'utilisation de la télépsychothérapie dans le traitement des troubles anxieux. *Perspectives Psy*. 2011;50(3):212-9.

67. Miller E. Telepsychiatry and doctor-patient communication: an analysis of the empirical literature. *Telepsychiatry and E-Mental Health*, london: Royal Society of Medicine Press Ltd. 2003;

68. Onor ML, Misan S. The Clinical Interview and the Doctor-Patient Relationship in Telemedicine. *Telemedicine and e-Health*. févr 2005;11(1):102-5.

69. D'Arc Blais J. La relation humaine en consultation de télépsychiatrie. Université de Montréal; 2007.

70. Caylar E. Hypnose et Thérapies Brèves en téléconsultations de psychiatrie - Retour d'expérience [Mémoire de DU]. [France]: Université de Limoges; 2019.

71. Ghosh GJ, McLaren PM, Watson JP. Evaluating the alliance in videolink teletherapy. *J Telemed Telecare*. 1 juin 1997;3(1_suppl):33-5.

72. Simpson S, Morrow E, Jones M, Ferguson J, Brebner E. Video-hypnosis--the provision of specialized therapy via videoconferencing. *J Telemed Telecare*. 2002;8 Suppl 2:78-9.

73. Kirkwood. The validity of cognitive assessments via telecommunications links. University of Edinburgh, Scotland; 1998.

74. Fussell SR. Social and Cognitive Processes in Interpersonal Communication: Implications for Advanced Telecommunications Technologies. *Hum Factors*. 1 juin 1995;37(2):228-50.

75. Godleski L, Darkins A, Lehmann L. Telemental health toolkit. In: Field Work Group of the Veterans' Health Administration. 2003.

76. HAS (Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé - Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise [Internet]. [cité 30 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2844641/fr/qualite-et-securite-des-actes-de-teleconsultation-et-de-teleexpertise

77. DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins). Guide d'accompagnement pour l'expression des besoins en infrastructures à haut et très haut débit pour le déploiement des projets de télémédecine [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.cget.gouv.fr/sites/cget.gouv.fr/files/atoms/files/guide-datar-telemedecine-2013_0.pdf

78. CNIL. Télémédecine : comment protéger les données des patients ? [Internet]. 2018 [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cnil.fr/fr/telemedecine-comment-protoger-les-donnees-des-patients>

79. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Le point sur la téléconsultation [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/exercice/point-teleconsultation>

80. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Ubérisation des prestations médicales [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/uberisation-prestations-medicales-0>

81. Chaet D, Clearfield R, Sabin JE, Skimming K. Ethical practice in Telehealth and Telemedicine. *J GEN INTERN MED*. oct 2017;32(10):1136-40.

82. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Code de déontologie médicale - Edition Novembre 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/conseil->

83. Sabin JE, Skimming K. A framework of ethics for telepsychiatry practice. *International Review of Psychiatry*. 2 nov 2015;27(6):490-5.
84. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins). Atlas régionaux de démographie médicale [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1665>
85. DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Densités de médecins par spécialité, modes d'exercice regroupés et zone d'inscription [Internet]. 2018. Disponible sur:
http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?sCS_referer=&sCS_ChosenLang=fr
86. CNG (Centre National de Gestion). Rangs limites en 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/rangslimites2019.html>
87. Conférence nationale des présidents de CME/CHS. La télé-psychiatrie en période COVID-19 : un outil d'appui aux soins en psychiatrie publique. 2020 avr p. 4.
88. Rohland BM, Saleh SS, Rohrer JE, Romitti PA. Acceptability of telepsychiatry to a rural population. *Psychiatr Serv*. mai 2000;51(5):672-4.
89. CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie). Conférence de presse - Croissance record du recours à la téléconsultation en mars [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/espace-presse/communiqués-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiqués-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communiqué/3881.php>
90. Olivier Véran (Ministre de la Santé). Communiqué de presse - Téléconsultation par téléphone [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/teleconsultation-par-telephone>
91. Rosen CS, Glassman LH, Morland LA. Telepsychotherapy during a pandemic: A traumatic stress perspective. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2020;30(2):174-87.
92. Carlin E. Avec le Covid-19, la psychanalyse fait sa révolution. *Le Monde* [Internet]. lemonde.fr. 31 août 2020; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/m-perso/article/2020/08/28/avec-le-covid-19-la-psychanalyse-fait-sa-revolution_6050143_4497916.html
93. Arama V. Le Point - Face au coronavirus, le boom des téléconsultations. *Le Point santé*. 3 avr 2020; Disponible sur: https://www.lepoint.fr/sante/face-au-coronavirus-le-boom-des-teleconsultations-02-04-2020-2369810_40.php#
94. Conseil d'Etat. Décision du conseil d'état en référé : Association DIGISANTE et centre de santé de CNP et Téléconsultations (c/ CNAM, n°429188). mai 29, 2019.

ANNEXES

Annexe 1. Lettre d'information remise aux patients inclus	110
Annexe 2. Questionnaire d'information initial	111
Annexe 3. Questionnaires à destination des patients	112
Annexe 4. Questionnaires à destination des médecins.....	114
Annexe 5. Fiche d'évènement indésirable.....	116
Annexe 6. Photos des bureaux de consultation équipés.....	117

Annexe 1. Lettre d'information remise aux patients inclus

Madame, Monsieur



Le Centre Hospitalier Esquirol de Limoges réalise une étude portant sur l'opinion des patients et des praticiens sur les téléconsultations de psychiatrie au Centre Médico-Psychologique de Guéret.

Elle se déroulera à partir du recueil des réponses aux questionnaires proposés et pour une petite partie sur les données du dossier informatisé des patients et aura pour finalité d'évaluer cette nouvelle pratique en recueillant votre avis, celui du médecin, et en analysant les points positifs et négatifs de cette méthode de consultation innovante. Nous recueillerons aussi les refus de la télémedecine et les motifs éventuels de ce refus.

Il est important de comprendre que **la téléconsultation ne sera pas enregistrée.**

Les informations étudiées porteront sur vos données sociodémographiques (âge, sexe, lieu d'habitation, et niveau d'études), les données recueillies des questionnaires que vous aurez remplis, ainsi que le médecin, ou les raisons du refus éventuel.

Ces informations seront **anonymisées et resteront strictement confidentielles**, leur consultation étant faite uniquement par des personnes qui collaborent à la recherche et qui sont soumises au secret professionnel.

Vous conserverez un droit d'accès, de rectification, d'effacement des données, de limitation de leur traitement, la possibilité d'en demander la transmission à un autre destinataire susceptible de traiter ces données, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD du 25/05/2018) et à la loi n°2018-493 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés. Ces droits s'exercent auprès du médecin responsable de l'étude et du responsable du traitement des données.

Les données seront conservées jusqu'à la publication du rapport final puis archivées selon la procédure de l'établissement et la réglementation en vigueur sans excéder vingt ans.

Votre consentement n'est pas sollicité, mais vous pouvez toutefois exercer votre droit d'opposition, conformément à l'article 57 de la loi Informatique et Libertés, sans conséquence sur vos possibles prises en charge actuelles et futures, en contactant le secrétariat (tél. 05 55 43 11 99) ou en renvoyant le coupon joint à l'adresse suivante : Unité de Recherche – CH Esquirol, 15 rue du Dr Marcland, 87000 Limoges

D'autres recherches pourraient être réalisées par le CH Esquirol à partir des données collectées lors de votre prise en charge au CMP de Guéret.

Vous pouvez également exprimer votre opposition pour ces futures recherches en complétant le coupon joint ou au moment de leur parution sur le site de l'établissement <https://www.ch-esquirol-limoges.fr>, en contactant le délégué à la protection des données.

Enfin, vous pourrez accéder si vous le souhaitez aux résultats globaux de l'étude en en faisant la demande par mail.

Vous remerciant de votre lecture, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Personnes à contacter :

Responsables de la recherche :

Dr CHARLES, Praticien Hospitalier, Pôle Universitaire, CH Esquirol Limoges, tél : 05 55 43 11 99

E. CAYLAR, Interne de spécialité, CH Esquirol Limoges, etienne.caylar@ch-esquirol-limoges.fr, tél 05 55 43 11 99

Responsable du traitement des données : M. ROUX, Directeur, CH Esquirol Limoges, tél. 05.55.43.13.37

Délégué à la Protection des Données : rdpd@ch-esquirol-limoges.fr

Annexe 2. Questionnaire d'information initial

Evaluation de l'opinion et des freins aux téléconsultations de psychiatrie – CH Esquirol Limoges

Date (jj/mm/aa) |__| |__| |__|

Codage patient |__| |__| |__|
Praticien n° ordre participant

QUESTIONNAIRE D'INFORMATION INITIAL

1) Vous êtes : une femme un homme

2) Quel âge avez-vous ? ans

3) Quel est votre adresse (code postal et commune d'habitation) ?

4) Êtes-vous sous tutelle ? Oui Non

Si oui, votre tuteur(trice) doit aussi donner son avis de non-opposition à l'utilisation de vos données.

5) Quel est votre niveau d'étude ?

Brevet, Certificat d'étude

BEP, CAP

Niveau BAC

Niveau Universitaire (BAC+X)

Autre :

6) S'agit-il : d'une première consultation de psychiatrie ?

de la reprise d'un suivi psychiatrique régulier ?

de la continuité d'un suivi en téléconsultation ?

Annexe 3. Questionnaires à destination des patients

Evaluation de l'opinion et des freins aux téléconsultations de psychiatrie – CH Esquirol Limoges

Date (jj/mm/aa) | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _

Codage patient | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _
Praticien n° ordre participant

QUESTIONNAIRE D'OPINION PREMIERE TELECONSULTATION

Madame, Monsieur,

Merci de remplir ce questionnaire pour donner votre avis sur la téléconsultation à laquelle vous venez de participer. Pour chaque question, cochez à chaque fois la proposition qui se rapproche le plus de ce que vous pensez. Merci de votre attention.

		Tout-à-fait satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait
1	Êtes-vous satisfait(e) de la méthode de consultation en visio-conférence en elle-même ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Que pensez-vous de l'aspect technique de la téléconsultation qui vient d'avoir lieu ?				
	Image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Son	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Synchronisation audio/vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Oui	plutôt	Plutôt pas	Non
3	Après cette primotéléconsultation :				
	Pensez-vous avoir été compris(e) par le médecin au travers de la visio-conférence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vous êtes-vous senti suffisamment à l'aise pour échanger à travers l'ordinateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Est-ce que la technique a permis un bon échange avec le-médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Rapide	Plutôt rapide	Plutôt long	Très long
4	A propos du délai entre la prise du rendez-vous et la consultation en elle-même, diriez-vous que ce délai était	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(jj/mm/aa) | _ _ | _ _ | _ _ | _ _

Codage patient | _ _ | _ _ | _ _ | _ _
Praticien n° ordre participant

QUESTIONNAIRE D'OPINION SUIVI EN TELEMEDECINE

Madame, Monsieur,

Vous avez participé à plusieurs téléconsultations. Merci de remplir ce questionnaire concernant ce mode de suivi spécifique en visio-conférence. Pour chaque question, cochez à chaque fois la proposition qui se rapproche le plus de ce que vous pensez. Merci de votre attention.

		Tout-à-fait satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait
1	Êtes-vous satisfait(e) de la méthode de suivi en visio-conférence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Que pensez-vous de l'aspect technique en général ?				
	Image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Son	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Synchronisation audio/vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Oui	plutôt	Plutôt pas	Non
3	Tout au long de ce suivi en télémedecine :				
	Pensez-vous avoir été compris(e) par le médecin au travers de la visio-conférence ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vous êtes-vous senti(e) suffisamment à l'aise pour échanger à travers l'ordinateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Est-ce que la technique a permis un bon échange avec le-médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Tout-à-fait	Plutôt	Plutôt pas	Pas du tout
4	Au terme du suivi, recommanderiez-vous la téléconsultation à vos proches si elle leur était proposée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Non, nécessaire selon moi	Importante selon moi	Je n'ai pas d'avis
5	Une consultation classique (de visu) 1 fois par an dans le cadre de votre suivi télé-médical est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Oui	Non
6	Indiquez pour chaque observation si vous êtes en accord ou non avec les affirmations suivantes concernant votre suivi en télémedecine		
	J'ai apprécié le fait de ne pas avoir à me déplacer loin de chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J'ai souffert des difficultés techniques (audio, vidéo, logiciels...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J'ai plus de facilité pour parler au médecin à travers la visio-conférence qu'en consultation habituelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Je retrouve un lien entre moi et le-médecin moins fort qu'en consultation conventionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J'ai l'impression de participer à des soins de qualité égale à un suivi médical classique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Je retrouve un meilleur lien entre moi et le-médecin qu'en consultation conventionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J'ai ressenti plus de difficultés pour parler au médecin que dans une consultation classique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J'ai éprouvé plus de gêne que dans une consultation classique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Je trouve le délai de téléconsultation rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je retrouve un caractère impersonnel aux téléconsultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Annexe 4. Questionnaires à destination des médecins

Evaluation de l'opinion et des freins aux téléconsultations de psychiatrie – CH Esquirol Limoges

Date (jj/mm/aa) | | | | | | | | | |

Codage patient | | | | | | | | | |
Praticien n° ordre participant

QUESTIONNAIRE D'OPINION PREMIERE TELECONSULTATION / PRATICIEN

Pour chaque question, cochez à chaque fois la proposition qui se rapproche le plus de ce que vous pensez.

		Tout-à-fait satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait
1	Êtes-vous satisfait de la méthode de consultation en visio-conférence avec le patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Êtes-vous satisfait de la qualité technique de la visio-conférence				
	Image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Son	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Synchronisation audio/vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	D'une manière générale, êtes-vous satisfait de la qualité du lien thérapeutique lors de cette visio-conférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Oui, aussi facile	Oui, même plus facile	Non, plus compliqué	Non, même difficile
	Avez-vous échangé avec le patient de façon aussi facile qu'à une consultation de psychiatrie classique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Si vous retrouvez une différence, pour quelle(s) raison(s) selon vous ?				
	<input type="checkbox"/> Technique défailante <input type="checkbox"/> Difficultés dans la relation avec le patient directement <input type="checkbox"/> Distance permettant un meilleur échange <input type="checkbox"/> Distance empêchant un véritable échange				

		Oui	Plutôt	Plutôt pas	Non
5	Pendant cette téléconsultation, a-t-il été facile d'évaluer correctement la présentation et le langage non-verbal du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait
6	Pensez-vous que le patient est satisfait de la téléconsultation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Date (jj/mm/aa) | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ | _ _ |

Codage patient | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Praticien n° ordre participant

QUESTIONNAIRE D'OPINION SUIVI EN TELEMEDECINE / PRATICIEN

Pour chaque question, cochez à chaque fois la proposition qui se rapproche le plus de ce que vous pensez.

		Tout-à-fait satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait
1	Êtes-vous satisfait de la méthode de consultation en visio-conférence avec le patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Êtes-vous satisfait de la qualité technique de la visio-conférence				
	Image	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Son	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Synchronisation audio/vidéo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	D'une manière générale, êtes-vous satisfait de la qualité du lien thérapeutique lors de cette visio-conférence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		aussi facile	plus facile*	plus compliqué*	très difficile*
	Avez-vous échangé avec le patient de façon aussi facile qu'à une consultation de psychiatrie classique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	*Si vous retrouvez une différence (réponse 1,2, ou 3), pour quelle(s) raison(s) selon vous ?				
	<input type="checkbox"/> Technique défailante	<input type="checkbox"/> Distance permettant un meilleur échange			
	<input type="checkbox"/> Difficultés dans la relation avec le patient directement	<input type="checkbox"/> Distance empêchant un véritable échange			

		Oui	Plutôt	Plutôt pas	Non
5	Pendant cette téléconsultation, a-t-il été facile d'évaluer correctement la présentation et le langage non-verbal du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Plutôt pas satisfait	Plutôt satisfait
6	Pensez-vous que le patient est satisfait de la téléconsultation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 5. Fiche d'évènement indésirable

CH Esquirol Limoges – CMP La Valette GUERET

FICHE D'ÉVENEMENTS INDESIRABLES ET DE REFUS EN TELECONSULTATION

Date : _ _ _ _ _ _ _ _ _	Code patient pour la recherche TLC2P _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Praticien n° ordre participant Nom Nom Prénom
Heure : _ _ h _ _	
<u>Personne déclarante</u> : Nom : Fonction :	
<u>Identification de l'évènement</u> :	
• Administratif :	
<input type="checkbox"/> Absence <input type="checkbox"/> Annulation de la téléconsultation par le patient ou autre personne <input type="checkbox"/> Sans information	
<input type="checkbox"/> Arrêt du suivi en téléconsultation par le patient	
<input type="checkbox"/> Arrêt du suivi proposé par le médecin	
• Technique :	
<input type="checkbox"/> Retard technique à la consultation > 5min	
<input type="checkbox"/> Mauvaise qualité vidéo : pixellisation, assombrissement, ...	
<input type="checkbox"/> Mauvaise qualité audio : perte du son, son haché...	
<input type="checkbox"/> Mauvaise synchronisation audio-vidéo : retard ou avance de la vidéo / audio	
<input type="checkbox"/> Panne du système informatique : logiciels, ...	
<input type="checkbox"/> Panne du matériel informatique : ordinateur, caméra, ...	
• Autre :	
<input type="checkbox"/> Déficience sensorielle : auditive, visuelle, cognitive, phasique, ...	
<input type="checkbox"/> Autre :	
<u>Description de l'évènement ou raison évoquée éventuelle</u> :	
<u>Gravité estimée</u> :	
<input type="checkbox"/> Légère : peu de répercussions sur la téléconsultation.	
<input type="checkbox"/> Modérée : répercussions importantes mais n'ayant pas obligé l'arrêt/annulation de la téléconsultation.	
<input type="checkbox"/> Grave : l'évènement a contraint à l'arrêt prématuré ou l'annulation de la téléconsultation.	

Annexe 6. Photos des bureaux de consultation équipés



Figure 9 : Bureau de consultation du CH Esquirol



Figure 10 : Bureau de téléconsultation au CMP de Guéret

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

EVALUATION DE L'OPINION DES PATIENTS ET DES PRATICIENS SUR LES TELECONSULTATIONS DE PSYCHIATRIE

La télémédecine est en plein essor en France du fait de la désertification médicale. Depuis 2 ans, le CH psychiatrique Esquirol de Limoges propose des téléconsultations de psychiatrie au CMP de Guéret, par visioconférence. Cette étude observationnelle a recolté l'opinion des patients et des médecins participants sur ce nouveau mode de consultation. Des questionnaires de satisfaction ont été proposés à la 4ème téléconsultation, et pour certains patients, à la primotéléconsultation également. Parallèlement, le refus des téléconsultations, les incidents techniques et arrêts de suivi ont été colligés. Au final, 32 patients suivis en téléconsultations par les deux psychiatres du CMP, ont été inclus entre avril 2019 et août 2020. 96,9% des patients étaient tout-à-fait ou plutôt satisfaits des téléconsultations, et les médecins pour 81,3% des suivis en téléconsultations. La qualité technique (audio, vidéo) des téléconsultations était satisfaisante pour les intervenants. Il n'a pas été recueilli de refus des téléconsultations, mais deux patients ont souhaité interrompre le suivi en téléconsultations. Des incidents techniques ont été recensés pour 10,4% des téléconsultations, dont 3,62% d'incidents techniques graves, ayant obligé à l'arrêt de la téléconsultation. La lecture de la communication non verbale était insatisfaisante dans plus de 40% des cas. Cette étude a permis de montrer une bonne opinion des patients et des praticiens sur les téléconsultations de psychiatrie, ainsi que sur l'aspect technique. Des études plus robustes seront cependant nécessaires pour confirmer cette tendance, mais les téléconsultations de psychiatrie semblent d'ores et déjà suffisamment satisfaisantes pour en faire un des outils de consultation, permettant de pallier la désertification médicale, dans le respect des bonnes pratiques.

Mots-clés : téléconsultation ; télépsychiatrie ; visioconférence ; satisfaction ; qualité technique

EVALUATION OF THE OPINION OF PATIENTS AND DOCTORS ON PSYCHIATRIC TELECONSULTATIONS

Telemedicine is growing rapidly in France due to medical desertification. For 2 years now, the Esquirol psychiatric hospital in Limoges has provided psychiatric teleconsultations at the CMP in Guéret, by videoconference. This observational study collected the opinion of patients and participating doctors on this new mode of consultation. Satisfaction questionnaires were proposed at the 4th teleconsultation, and for certain patients, at the primary consultation as well. At the same time, the refusal of teleconsultations, technical incidents and follow-up interruptions were collected. In the end, 32 patients followed up in teleconsultations by the two psychiatrists were included between April 2019 and August 2020. 96.9% of the patients were completely or rather satisfied with the teleconsultations, and the doctors for 81.3% of the follow-ups in teleconsultations. The technical quality (audio, video) of the teleconsultations was satisfying for the providers. There were no refusals of the teleconsultations, but two patients wished to interrupt the follow-up in teleconsultations. Technical incidents were recorded for 10.4% of the teleconsultations, of which 3.62% were serious technical incidents, forcing the teleconsultation to be stopped. The reading of non-verbal communication was unsatisfactory in more than 40% of cases. This study showed a good opinion of patients and practitioners on psychiatry teleconsultations, as well as on the technical aspect. However, more robust studies will be necessary to confirm this trend, but psychiatric teleconsultations already seem sufficiently satisfying to make them one of the consultation tools, making it possible to compensate for medical desertification, in accordance with good practices.

Keywords: teleconsultation; telepsychiatry; videoconferencing; satisfaction; technical quality

