

# Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française

Serge Kannas<sup>1</sup>, Gérard Massé<sup>2</sup>

« La télémedecine souffre de la fascination qu'elle déclenche en raison de la technologie appliquée à la médecine. On la critique souvent comme valant à peine plus qu'un jouet pour les petits garçons. Le principal problème de la télémedecine n'est pas l'insuffisance de son niveau technologique mais plutôt celui, organisationnel, qui consiste à en surmonter l'importance. » [1,2]

Pour B. Aublet-Cuvelier [3], DIM au CHU de Clermont-Ferrand, la télémedecine n'est pas un fait récent. « ... Une publication... de 1965 décrit la transmission d'électrocardiogrammes sur le réseau téléphonique. Quant à la première téléexpertise, elle remonte sans doute à l'invention du téléphone lui-même. Le terme de télémedecine décrit l'exercice de l'art médical à distance par l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication [NTIC] et, en tout premier lieu, celles qui ont un lien avec Internet. La télémedecine, aujourd'hui, ne saurait être dissociée de l'organisation des soins, de la démographie médicale et de l'aménagement du territoire ». Le terme de télémedecine est né aux USA et apparaît dans les dictionnaires français au milieu des années quatre-vingt. Historiquement, une des premières activités date du début des années soixante et concerne la psychiatrie : il s'agit de la mise en réseau de programmes de téléconsultation et de télééducation autour du Nebraska Psychiatric Institute [4]. Sont évoqués aussi la première visioconférence en chirurgie cardiaque entre les USA et la Suisse en 1965 et, en 1973, le premier congrès de télémedecine dans le Michigan.

En France, les premières expériences régionales de transmissions de pouls, d'ECG et de mouvements respiratoires datent de 1966. En 1989, l'Institut Européen de Télémedecine a été créé à Toulouse ; en 1994, l'Institut Européen de Téléchirurgie. Les projets nationaux concernent la formation chirurgicale aux techniques nouvelles, la médecine en milieu carcéral et, surtout,

périnatale et d'urgence, le développement de réseaux interrégionaux multidisciplinaires.

L'OMS regroupe les différentes applications sous le terme générique de télématique de santé [5] qui constitue « un terme composite qui désigne les activités, services et systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication, pour des besoins planétaires de promotion de la santé, des soins et du contrôle des épidémies, de gestion et de recherche appliquées à la santé ».

Il existe une forte et ancienne tradition française de la télémedecine, et notre pays est l'un des principaux acteurs de son développement. Un nom emblématique du domaine est celui du Professeur L. Lareng [6]. Grâce à son action et à celle de nombreux autres praticiens, la télémedecine a irrigué, en France et à l'étranger, de multiples applications et recherches cliniques en médecine, pédiatrie, chirurgie. Une abondante littérature, française et internationale, l'atteste [7].

## S O M M A I R E

### P2

1. La situation en France

### P2

2. Le développement de la télépsychiatrie apparaît inévitable dans notre pays

### P3

3. Les applications possibles de la télépsychiatrie

### P4

4. Les enjeux éthiques et déontologiques

### P4

5. Des recommandations existent

### P5

6. Conclusion

### P6

Références

1. Psychiatre, Praticien Hospitalier, permanent à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

2. Psychiatre, Praticien Hospitalier, Chef de service à l'Hôpital Sainte Anne (Paris), responsable de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

---

## 1. La situation en France.

L'application de la télémédecine à la psychiatrie, la télépsychiatrie, a faiblement concerné notre discipline en France, sauf dans un contexte sporadique de formation des professionnels par visioconférence, initié par quelques universités, fédérations ou laboratoires pharmaceutiques. Les obstacles sont principalement culturels, déontologiques, juridiques, cliniques et idéologiques. Le *dialogue singulier* en psychiatrie laisse peu de place à l'hypothèse de la présence *non physique* d'un praticien consultant, alors même que de nombreux psychiatres ont fait l'expérience positive, avec les généralistes, les patients et leur famille, d'une régulation ou d'une intervention intensive et déterminante au téléphone, notamment dans des contextes d'urgence et de crise.

Peu de documents français traitent du sujet : une expérience niçoise, aujourd'hui interrompue, est relatée dans une thèse [8] et un article éponyme [9]. Animée par le Pr Pringuey, au CHU de Nice, elle était la seule en France en 2001. Une autre expérience a été évoquée, mais sans suite, à Ravenel, dans les Vosges ; des initiatives sont en cours à Rouen [10], où l'ARH de Haute-Normandie soutient un projet [11] dont une première présentation a été effectuée en mai 2006. Il nous a été signalé une expérience de liaison entre un service de psychiatrie infanto-juvénile et l'Éducation nationale en Bourgogne, un projet de télépsychiatrie au SMPR de Bois-d'Arcy (dans le cadre de six sites-pilotes de SMPR). Une activité de visioconférence fonctionne depuis cinq ans entre le CHS du Vinatier (Rhône) et l'hôpital d'Aiguille (Hautes Alpes). Une autre encore, interinstitutionnelle, existe en Ardèche, entre Annonay et le CHS Sainte-Marie-de-Privas. En Martinique, un projet se développe pour la Guyane, dans le cadre du projet européen ISLANDS (Integrated System for Long distance psychiatric Assistance and Non-conventional Distributed Health Services) [12]. La Croix Rouge Française, par le Centre Médico-Chirurgical de Kourou, bénéficie, grâce au budget es@nté 2002, d'une station de visioconférence utilisée pour la téléexpertise en psychiatrie [13]. Une expérience de téléconsultation de santé mentale pour personnes âgées, au CHU de Grenoble, est également citée [14]. Un projet à la maison des adolescents de Paris est signalé. On peut noter, également, un numéro spécial de la Fédération Française de Psychiatrie [15]. On relève des articles dans *Synapse* [16], *Nervure* [17], *Psycause* [18], ce dernier traitant de l'utilisation des e-mails et de la téléconférence chez les Inuits, ainsi qu'un autre document à propos de la même région [19]. Actualisé en mai 2005, un bilan à propos de la télépsychiatrie émane de l'Association des Psychiatres du Canada [20]. Enfin, l'Agence québécoise d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé vient de publier un dossier concernant la télépsychiatrie [21].

Un dernier point relève de la loi du 13 août 2004, relative à l'Assurance maladie. Quatre articles concernent la télémédecine qui est officialisée et confiée aux ARH dans le cadre des SROS. La possibilité de créer des réseaux de télémédecine y est reconnue.

Plusieurs milliers de publications concernent la télémédecine et plusieurs centaines (376 citations dans PubMed sur Telemedicine and Psychiatry), essentiellement étrangères, concernent la télépsychiatrie. Les parutions ont progressé de façon exponentielle chaque année, depuis 1965, avec une nette accélération à partir de 1995. Tous les sujets sont abordés : cliniques, thérapeutiques, spécialisés, éthiques, organisationnels, techniques. De nombreux articles décrivent une expérience, d'autres comportent une évaluation, certains, plus rares, décrivent des études randomisées.

Pour l'American Psychiatric Association, « *la télépsychiatrie est une technologie qui vise, au départ, à renforcer l'accès aux soins pour les personnes difficiles à atteindre géographiquement ou dans un contexte de pénurie de l'offre spécialisée locale. Il existe une présomption croissante que sa forte augmentation actuelle, alliant le développement du numérique et la logique économique, s'amplifie encore et la fasse devenir un outil ordinaire de prestations, quel que soit le contexte* » [22].

---

## 2. Le développement de la télépsychiatrie apparaît inévitable dans notre pays.

L'exercice de la psychiatrie sur le territoire national est exposé, de plus en plus, à plusieurs paramètres qui poussent à l'utilisation de la télémédecine.

La France dispose d'un fort potentiel de réalisation et de développement dans le domaine de la communication. Elle est l'un des pays les plus performants au monde dans ce domaine et l'un des plus anciens dans sa tradition d'applications à la médecine. Elle est inscrite, très largement, dans le progrès technologique. Celui-ci élargit, dès maintenant, les possibilités de transmission fiable, de bonne qualité, confidentielle et sécurisée, de données de son et d'image, par le téléphone et toutes les formes d'accès à Internet à haut débit. Les performances augmentent et les coûts d'installation, de fonctionnement et de maintenance baissent et deviennent marginaux, en particulier si on les compare à la dépense nécessaire pour l'obtention ou le maintien de la présence sur place d'un praticien spécialisé.

### La télépsychiatrie en milieu pénitentiaire (USA).

Un projet pilote de télépsychiatrie a été mis en place entre le centre médical de l'Université du Kansas et la prison d'Emporia, dans le même État. 264 consultations ont été réalisées auprès de détenus, 70 d'évaluation initiale et 194 de suivi. Un seul détenu a refusé la proposition. Un tiers des consultations ont eu lieu une semaine après l'incarcération, les deux tiers dans le mois suivant. Principaux résultats observés : la demande de telles consultations a été cinq fois plus élevée que prévu, une évaluation et des soins efficaces ont pu être apportés par la visioconférence à des cas de gravité modérée à sévère incluant une grande variété de pathologies. La technique a été bien acceptée par les détenus et le personnel, et l'activité est devenue une pratique de routine intégrée à l'offre de soins psychiatrique.

Les logiques d'inégalité territoriale continuent de s'imposer sans correction notable. L'exode rural, l'urbanisation croissante, l'installation quasi exclusive des spécialistes au sud de la Loire et dans les grandes villes amplifient et renforcent ces inégalités.

La démographie déclinante des psychiatres ne conduit pas à organiser aujourd'hui cette rétraction quantitative par le biais d'une substitution préparée dans le cadre d'une formation appropriée à partir des métiers non médicaux de la psychiatrie ou de la santé mentale. Les chiffres actuels laissent encore certes, en théorie, d'importantes marges de manœuvre. Ces phénomènes de déclin démographique sont déjà à l'œuvre de façon ancienne, ou vont le devenir très rapidement, dans les zones rurales et à la périphérie des grandes agglomérations urbaines, dont l'équipement prend du retard sur la croissance démographique. Certains territoires de Haute-Normandie, d'Aquitaine, de Picardie, de Champagne-Ardenne, du Centre, du Nord-Pas-de-Calais, de Poitou-Charente, de Rhône-Alpes et même la périphérie de la région Île-de-France, sont déjà affectés et cette liste, non exhaustive, est susceptible de s'allonger considérablement. Dans ces parties de région, la combinaison de la ruralité et du déclin de la démographie professionnelle est devenue dévastatrice pour toute planification de santé publique en psychiatrie et rompt avec le principe d'équité dans l'accès aux soins [23]. **Le recours à la télépsychiatrie est donc de nature à devenir, par nécessité, un élément parmi toute une gamme de solutions palliatives urgentes, offrant la possibilité de mobiliser les ressources médicales des zones urbaines.**

### 3. Les applications possibles de la télépsychiatrie.

Les possibilités de la télépsychiatrie, telle qu'elle est déjà pratiquée, sont très étendues et se différencient entre applications cliniques et d'autres utilisations qui incluent le diagnostic [24], la thérapeutique et l'évaluation médico-légale [25]. La technologie semble utilisable pour une grande variété de pathologies [26]. Les lieux de prestation comprennent aussi bien les hôpitaux [27] et les services d'urgence [28], les cliniques, les sites de consultation [29], le domicile, les foyers, les écoles et les prisons [30]. Un usage courant concerne l'évaluation précédant l'admission [31] ainsi que le suivi post-hospitalier, la gestion du traitement médicamenteux et la consultation en routine. Toutes les formes de psychothérapie [32] sont pratiquées, depuis la psychothérapie de soutien, la psychothérapie cognitivo-comportementale, la thérapie brève, la psychothérapie d'inspiration psychanalytique [33], la psychothérapie de groupe et la thérapie familiale [34]. Il en est de même pour les consultations sur injonction, les évaluations cognitives et les expertises judiciaires [35].

De nombreux documents mettent l'accent sur l'entretien clinique, *téléexpertise* s'il s'agit d'un entretien unique à la demande d'un autre médecin, ou *téléconsultation*, unique ou répétée, le médecin traitant n'étant pas nécessairement présent ni demandeur. De nombreuses expériences mentionnent la présence simultanée d'un soignant, d'un proche ou des deux. De multiples auteurs insistent sur la nécessité de coupler la visioconférence, la téléphonie et le fax, de prévoir la possibilité rapide d'un entretien classique si besoin (état du patient, aléas techniques altérant ou interrompant la communication, etc.). Les modalités d'orientation doivent définir les responsabilités du consultant et du praticien demandeur,

## La télépsychiatrie comme support de l'hôpital local (Australie).

Développé pour traiter des patients présentant des troubles mentaux aigus, hospitalisés dans un hôpital local, ce programme montre qu'il est possible de traiter ainsi des patients présentant des troubles mentaux nécessitant une hospitalisation, sans les soigner loin de chez eux. Le degré de satisfaction d'un tel service, estimé par les patients, a été très élevé.

et être communiquées au patient. Si le « *télépsychiatre* » doit devenir le psychiatre traitant, il doit pouvoir s'appuyer, régulièrement et de façon fiable et coordonnée, sur une équipe locale qui doit connaître et prévoir, ainsi que le patient, l'indisponibilité, programmée ou non, du spécialiste, et les protocoles de recours.

Peu d'informations évaluées concernent les facteurs humains de la télépsychiatrie. De rares études montrent une acceptation difficile [36], très nombreuses par contre sont celles qui témoignent d'une acceptation et d'une satisfaction. Certaines suggèrent qu'elles altèrent subtilement la relation médecin malade en donnant plus de responsabilités à ce dernier. Il s'agit certainement d'un domaine où la recherche doit s'approfondir.

L'évaluation des urgences psychiatriques fait partie des situations documentées. Si la télépsychiatrie peut sembler moins recommandée dans ce contexte, sauf absence complète d'alternative, elle requiert, évidemment, la présence sur place d'un tiers professionnel, social ou familial, au cas où le patient serait suicidaire, en état psychotique, de même que l'anticipation explicite (patient et tiers) des conditions de sécurité et d'hospitalisation éventuelle. On peut y ajouter la possibilité de *télésurveillance* ou de *téléassistance* au domicile, dans le cas d'une HAD. Une expérience grenobloise [37], ViSaDom, en gérontologie, a permis, à partir du site visiophonique du service hospitalier référent, des visioconférences programmées, ou non, dans le cadre des visites de soignants équipés d'un portable relié au site, en VAD, ou directement par le patient équipé et formé. Cette modalité semble applicable à la télépsychiatrie et transposable ailleurs qu'au domicile, dans le cadre de la psychiatrie de liaison des activités de secteur.

La coordination et le travail en réseau, que les anglo-saxons appellent « case management », mobilisant plusieurs services ou équipes, ou bien au sein de mêmes équipes séparées par la distance ou la durée du transport (téléunion ou télésynthèse de cas), font partie des activités recensées qui participent à augmenter le degré de formation et de collaboration des participants.

Si l'utilisation de la télépsychiatrie pour les injonctions thérapeutiques et les expertises est largement pratiquée, un des développements les plus frappants des dernières années, concerne la psychiatrie pour les détenus [38]. Malgré - ou bien de leur fait même - les enjeux éthiques et déontologiques, l'expansion de ce domaine est considérable. Lorsqu'on connaît la difficulté à pourvoir des postes de psychiatres dans certains SMPR excentrés [39], très distants de l'agglomération principale [40] ou, plus simplement, les grandes difficultés d'accès de nombreuses centrales et

les questions de sécurité liées au transport des détenus, on peut penser que le même processus se produira en France, dès lors que la télépsychiatrie émergera.

La téléassistance à certains protocoles, de même que la supervision clinique à distance, font partie des applications régulièrement mentionnées de la télépsychiatrie.

Enfin, un chapitre, et non des moindres, concerne l'enseignement à distance [41], la formation initiale et continue des médecins, spécialistes ou non, et des non médecins, de façon bilatérale ou simultanément sur des sites multiples. De nombreux programmes existent déjà.

De même, l'utilisation de la télépsychiatrie dans le cadre de la recherche apparaît convaincante pour rassembler des données dans des domaines aussi sensibles que l'efficacité, le coût et la satisfaction [42].

Pour finir, la visioconférence interinstitutionnelle joue, également, un rôle croissant dans la communication entre administrations de santé, hôpitaux, établissements sanitaires, sociaux, judiciaires, éducatifs, etc. [43].

## 4. Les enjeux éthiques et déontologiques.

La spécificité française du droit médical et de la santé des personnes, par rapport aux pays anglo-saxons ou d'autres pays, rend peu transposables directement les nombreuses expériences touchant à la responsabilité, la confidentialité, le consentement [44]. De nombreux textes français relatifs à la télémédecine sont transposables pour une télépsychiatrie future [45]. Un rapport du Pr Dusserre [46] détaille les questions de définition de l'acte de téléexpertise, d'attribution des responsabilités : principe de diligence, niveaux de compétence des médecins, asymétrie de la situation des médecins vis-à-vis de l'information, maîtrise du système de téléexpertise ainsi que les problèmes posés par la rémunération. Un rapport du Dr Chassort [47] précise huit principes : l'engagement de la responsabilité personnelle du praticien, celle relative à la sécurité et la confidentialité, l'absence actuelle de rémunération, l'obligation du contrat préalable, l'obligation du respect du Code de la Santé Publique, les garanties d'identification et de moyens, la nécessité d'une relation clinique préalable avec le patient, sauf si le médecin s'est assuré qu'elle a bien eu lieu dans la chaîne de soins.

Un rapport récent recense les principaux commentaires des articles de la Loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie [48]. Article 32 : « ... la télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect du Code de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité du médecin en contact avec le patient, par des moyens de communication appropriés à la réalisation de l'acte médical ». L'auteur fait référence à douze articles du Code de déontologie concernés par l'exercice de la télémédecine, d'où il dégage six critères principaux repris par le Conseil national de l'Ordre des Médecins : 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 téléexperts. Le consentement éclairé du patient doit être explicitement obtenu et signé, sauf urgence liée à l'état de santé. Le secret professionnel doit être un souci permanent : identité du patient, dossier médical

## La télépsychiatrie en consultation non programmée (Finlande).

Soixante patients ont été vus consécutivement par le psychiatre de garde via la visioconférence, adressés par un centre de crise ouvert. Les résultats: peu de problèmes techniques, une évaluation correcte, une bonne satisfaction des patients et du personnel, surtout par comparaison avec les délais d'attente et de déplacement pour la même évaluation en face à face.

anonymisé, traçabilité, archivage et stockage des échanges et des informations, secret professionnel du personnel effecteur, tous aspects à consigner dans les contrats de télémédecine. Le téléconsulté est responsable de l'information qu'il donne, le médecin effecteur, au contact du patient, de l'utilisation qu'il en fait. L'identité du ou des téléconsulté(s), celle du ou des téléexpert(s) et celle du médecin effecteur au contact du patient doivent être clairement indiqués. La valorisation des actes de télémédecine est à établir, car il n'existe pas de nomenclature.

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

## 5. Des recommandations existent.

L'Agence québécoise [21], insiste sur le fait que « la télépsychiatrie ne constitue pas une solution de remplacement à la mise en place d'infrastructures et à l'établissement en région pour répondre aux besoins de la population en matière de services psychiatriques ». Elle détaille les contre-indications à la télépsychiatrie : « ceux qui refusent ce mode de soins ; les patients violents, instables ou impulsifs, qui présentent un risque immédiat de suicide ou de dangerosité, qui nécessitent un suivi spécial non disponible localement ; ceux dont la symptomatologie peut être exacerbée par l'utilisation des NTIC ; ceux à qui une nouvelle doit être communiquée en personne... et ceux présentant des déficiences visuelles ou auditives limitant leur capacité à communiquer par l'entremise de ces techniques... ». Les contre-indications sont identiques en télépédopsychiatrie. Un autre article canadien [49] recense 110 références publiées entre 1965 et 2003. L'objectif poursuivi était le suivant : « la télépsychiatrie, sous forme de visioconférence, comporte d'immenses possibilités pour les soins cliniques, l'éducation, la recherche et l'administration. En ciblant la visioconférence, nous avons voulu examiner la littérature sur la télépsychiatrie et comparer ses résultats avec ceux d'une approche en face à face ou utilisant d'autres technologies [...]. La revue bibliographique a ainsi permis d'étayer l'exercice de la télépsychiatrie sous l'angle : 1) des technologies utilisées, 2) de son utilisation pratique, de l'accès aux soins et des différents programmes, 3) de la fiabilité, c'est-à-dire de la possibilité de son utilisation dans une large gamme d'indications, 4) des études cliniques de

résultats, 5) des études de satisfaction des patients, 6) des études de satisfaction des fournisseurs de soins, 7) des effets sur la communication et la relation, 8) des études de coût, 9) de la capacité d'intégrer et d'organiser la télépsychiatrie dans la pratique quotidienne, 10) de l'enseignement et de l'éducation, 11) du développement de l'appropriation par ses clients, 12) de son efficacité ».

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

Dix recommandations générales sont préconisées par les auteurs en ce qui concerne la viabilité des programmes et la qualité de prestation des services [49] :

1. Un véritable engagement nécessite une évaluation préalable des besoins du territoire que ce programme est destiné à servir.
2. Il est primordial d'obtenir un soutien général et financier du programme par l'autorité principale des organisations concernées.
3. Il faut utiliser des technologies dont l'applicabilité clinique est éprouvée.
4. Il convient de s'assurer, pour chaque consultation, que l'équipement s'adapte suffisamment aux besoins du service et du patient.
5. Il est indispensable d'évaluer les choix possibles, leur mise en œuvre, la maintenance de la télépsychiatrie à l'aide d'une équipe de cliniciens, techniciens et gestionnaires, à la fois sur le site central et sur ceux desservis.
6. Il faut aussi former, adéquatement, tous les coordinateurs de site aux aspects techniques et de procédure du service, ce qui inclut des préconisations générales précises concernant le transfert d'information médicale du patient au spécialiste, et retour.
7. Il est important de faire émerger un spécialiste reconnu de la télépsychiatrie qui procure une formation adaptée à ses pairs et collabora-

teurs, compte tenu de la technologie, de l'adaptation de la pratique clinique pour convenir à cet usage et en spécifier les limites.

8. Il est nécessaire de s'assurer d'une maintenance régulière et d'une possibilité de dépannage rapide,
9. de coordonner le rythme des consultations, ce qui signifie que le patient est présent à l'heure, que le téléconsultant dispose de suffisamment de temps et/ou que le demandeur adresseur ou l'équipe peuvent participer si besoin,
10. d'évaluer convenablement les résultats, la satisfaction, les coûts pour le patient, le demandeur adresseur et le téléconsultant, comme pour le programme lui-même : coordinateur, équipe technique et administrative.

## 6. Conclusion.

Pour conclure, un tel panorama d'expériences donne à penser que la télépsychiatrie se développera en France comme c'est déjà le cas ailleurs. Cela modifiera profondément nos pratiques cliniques et nos organisations. Il paraît indispensable que toute expérience dans ce domaine soit encouragée, soutenue, évaluée et l'information en résultant, partagée.

Plusieurs pistes paraissent possibles, susceptibles de relever de la partie investissement du Plan Psychiatrie et Santé Mentale alors qu'au niveau national il existe un conseiller technique à la DHOS (Sous-Direction de l'Organisation des Soins), qui coordonne le développement des activités de télémédecine :

- une sensibilisation des ARH à des projets expérimentaux ;
- des initiatives institutionnelles s'inscrivant dans des projets de service et d'établissement, approuvées et financées par les autorités de tutelle ;
- des initiatives individuelles et locales de praticiens, dans le cadre d'une association ou par le biais d'un pivot institutionnel, que les acteurs sont prêts à fédérer.

Nous pensons utile de connaître les expériences en cours et sommes désireux de les valoriser.

## La télépsychiatrie en psychiatrie infanto-juvénile (USA).

Un projet-pilote a été mis en place entre le centre médical de l'Université du Kansas et un centre de santé mentale pour enfants, éloigné de 180 km, en zone rurale. En deux ans, entre dix et dix-huit consultations hebdomadaires, soit plus de 1000 consultations au total, ont été effectuées, d'évaluation initiale (45-50 minutes) comme de suivi (15-30 minutes). Parents et enfants ont été reçus séparément, habituellement en présence d'une infirmière du centre. Les prescriptions médicamenteuses, de laboratoire ou autres, ont été faxées immédiatement au centre après la consultation. Des médicaments spécifiques, telle la Ritaline, ont été expédiés au centre par le service et délivrés par les infirmiers. Principaux résultats : des enfants et adolescents sévèrement perturbés peuvent être évalués et traités (souvent la visioconférence devient multidisciplinaire, associant famille et enfant, personnel du centre et d'autres équipes). Il en est de même pour les situations de crise : abus de drogue, suicide, enfants agressifs ou incontrôlables, etc., une session de vidéoconférence étant réservée, toutes les deux semaines, aux situations urgentes. La qualité émotionnelle des participants et l'impact des interventions cliniques n'ont pas paru différents de l'expérience en face à face. La préparation des acteurs à la visioconférence est un facteur important de sa réussite. Les équipements sont en général fiables. La réflexion continue, en commun, des équipes des deux sites est primordiale.

## Références.

1. WOOTON R., Telemedicine, recent advances, *BMJ*, 2001, 323, 557-560.
2. FRAISSE S., GARCIA E., PASCAL C., PIOVESAN D., La télémédecine dans le Rhône, étude réalisée pour le compte d'ASTRHO, du Grand Lyon et du Conseil Général du Rhône, *GRAPHOS UMR CNRS 5823, Laboratoire d'Analyse des Systèmes de Santé, Université Jean Moulin Lyon III/IFross Faculté de Droit*, 2001, vol. 1.
3. AUBRET-CUVELIER B., Télémédecine : la fin des territoires, une nouvelle donne, *Santé et Territoires*, sous la direction d'E. Vigneron, Le Moulin du Château, Éditions de l'Aube DATAR, 2002, 171-187.
4. DARKINS A.W., CARY M.A., Telemedicine and telehealth: principles, policies, performances and pitfalls, *Free Association Books*, 2000, Londres, 316 p.
5. OMS : politique de la santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle : « Télémédecine sanitaire », *Conseil exécutif, 101<sup>e</sup> session, point 8 de l'ordre du jour*, 21/1/1998.
6. LARENG L., SALVODELLI M., La télémédecine dans sa réalité pratique, *La Presse Médicale*, 1994, 23, 39.
7. Voir également les sites : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) (Ministère de la Santé), qui recense et cartographie les différents projets, [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr); le colloque déontologie médicale et télémédecine, *Actes du Colloque 1996*, ou [www.world.clinic.com/France/accueil/rapport.htm](http://www.world.clinic.com/France/accueil/rapport.htm) concernant le rapport Chassort 2000 sur l'exercice de la médecine et Internet, ainsi que BEUSCART R., Rapport sur les enjeux de la société de l'information dans le domaine de la santé 1999, site de la Mission Interministérielle pour le soutien des Technologies de l'Information et de la Communication dans l'Administration (MTIC).
8. STAB Ph., La téléconsultation en psychiatrie, évaluation d'une expérience originale dans le haut pays niçois, *Thèse de médecine*, 2001, Université Louis Pasteur, Strasbourg.
9. Numéro spécial consacré à la télémédecine, *Revue des SAMU*, 2004.
10. NAVARRE C., Avant-projet de télépsychiatrie appliquée à la région Haute-Normandie, *note adressée aux pouvoirs publics*, 2002.
11. Cf. la note précédente et MNASM, Projet expérimental de télépsychiatrie, *Rapports sur la psychiatrie du Pays de Caux et du département de l'Eure, rapport d'activités 2002 de la MNASM*, [www.mnasm.com](http://www.mnasm.com).
12. Le CHU, site pilote de télépsychiatrie, <http://reseau-chu.org/article-view.do?id=595&mode=2>, 2005.
13. Télémédecine et visioconférence, Croix Rouge Française, Centre Médico Chirurgical de Kourou, <http://cmc-kourou.croix-rouge.fr/rubrique.php?id-rubrique=5130>, 2005.
14. CLTS-Centre Lorrain des Technologies de la Santé : la téléconsultation en psychiatrie, *Cahier Technique* 2003, Télémédecine et maintien à domicile, 6-7.
15. THURIN M. et J.-M., À propos du 3<sup>e</sup> symposium international sur psychiatrie et Internet, *Pour la Recherche, bulletin de la FFP*, 37, juin 2003, parrainé par l'OMS et la DGS. Ce numéro relate quelques expériences françaises : Aubry C., Belzeaux P., Besançon F., Coen A. et Winckler M.
16. LEFRANC D., BOURGEOIS D., La télépsychiatrie à l'épreuve de la réalité, *Synapse* 2001, 180, et Weinberg I., Bourgeois D., Psychiatrie, criminologie et informatique, *Synapse*, 2000, 168.
17. KANNAS S., Télépsychiatrie, *Journal de Nevure*, 2005, 5, Tome XVIII, 1.
18. BOURGEOIS D., MICAELLI M., Le nunavut, entre psychiatrie traditionnelle et psychiatrie moderne, <http://perso.wanadoo.fr/psycause/019/019-le-nunavut.htm>, 1999.
19. Projet national de recherche sur la télésanté pour les Premières Nations NA402, [www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/ehealth/esante/tele-rpt/append-annex-a-9-f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/pubs/ehealth/esante/tele-rpt/append-annex-a-9-f.html).
20. URNESS D.A., La télépsychiatrie, [www.cpa-apc.org](http://www.cpa-apc.org), 1998.
21. PINEAU G., MOQADEM K. & al., Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie 2006, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Province de Québec éd., Québec.
22. APA. Resource Document on Telepsychiatry Videoconferencing, [www.psych.org/pract/tp-paper.cfm](http://www.psych.org/pract/tp-paper.cfm), 1998-2005.
23. Cf. les rapports de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale sur la psychiatrie du pays de Caux, des départements de l'Eure et de l'Ardèche, ainsi que son rapport d'activité 2002 ; [www.mnasm.com](http://www.mnasm.com), op. cit.
24. HUANG M.P., ALESSI N.E., The Internet and the future of psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 1996 ; 153 : 861-869. JEROME L., DONGIER M., TEMPIER R. & al., Telepsychiatry: psychiatric consultation through a two-way television: a controlled study, *Canadian Journal of Psychiatry*, 1986; 31, 32-34. JEROME L. Assessment by telemedicine, *Hospital and Community Psychiatry*, 1993, 44, 81-83. GAMMON D., BERGVIK S. & al., Videoconferencing in psychiatry: a survey, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1996; 2: 192-198. HAWKER F., KAVANAGH S. & al., Telepsychiatry in South Australia, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1998, 4, 4, 187-194. McLAREN P., Telemedicine and telecare: what can it offer to mental health services? *Advanced Psych. Treat.*, 2003, 9, 1, 54-61. FRIEDEN J., Telepsychiatry can improve care for rural deaf, *Clinical psychiatry news*, 1998, 26, 192-198.
25. ELFORD D., WHITE H. & al., A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland, *Journal*

## La télépsychiatrie comme soutien aux soignants dans les zones rurales (Australie).

Un projet-pilote a été mis en œuvre et évalué, concernant quarante-six soignants exerçant en centre rural de santé mentale ainsi que vingt généralistes de cinq zones rurales différentes, qui ont été impliqués dans un programme de soutien/éducation via la télémédecine. Principaux résultats : niveau élevé de satisfaction dans les deux groupes, amélioration des compétences et de la capacité à traiter des patients présentant des troubles mentaux, et réduction de la représentation dissuasive de la pratique en milieu rural, etc.

- of *Telemedicine and Telecare*, 2001, 7, 73-81. JONES B.N., Telemedicine in geriatric psychiatry, *Psychiatric Annals*, 1999, 29 (7), 416-420.
26. RUSKIN P.E., SILVER-AYLAIAN M. & al., Treatment outcomes in depression: comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment, *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161, 8, 1471-1476. DEITSCH S.E., FRUEH B.C. & al., Telepsychiatry for post-traumatic stress disorder, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2000, 6, 184-186. MOHR D.C., STACEY L. & al. Telephone administered psychotherapy for depression, *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62, 1007-1014. MCKAY J.R., LYNCH K.G. & al., The effectiveness of telephone-based continuing care for Alcohol and Cocaine dependence: 24-months outcome, *Archives of General Psychiatry*, 2005, 62, 199-207. HILTY D.M., NESBITT T.S. & al., The use of telemedicine by academic psychiatrists for the provision of care in primary settings, *Medscape General Medicine*, 2000, 2, 2. MITCHELL J.E., MYERS T & al., Psychotherapy for bulimia nervosa delivered by telemedicine, *European Eating Disorders Review*, 2003, 9, 222-230. GOLDFIELD G.S., BROADCHIE M.D., Case Report: delivery of family therapy in the treatment of anorexia nervosa using telehealth, *Telemedicine Journal and e-health*, 2003, 9, 1, 111-114.
  27. D'SOUZA R. Telemedicine for intensive support of psychiatric inpatients admitted in local hospitals, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2000, 6 (Suppl. 1), 29-31. HASLAM R., McLAREN P., Interactive television for an urban adult mental health service: the Guy's psychiatric intensive care unit telepsychiatry project, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2000, 6 (Suppl. 1), 50-52.
  28. BRENNAN J.A., KEALY J.A. & al. A randomised controlled trial of telemedicine in an emergency department, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1998, 4 (suppl. 1), 18-20. MELTZER B. Telemedicine in emergency psychiatry, *Psychiatric Services*, 1997, 48 (9), 1141-1142.
  29. McLAREN P.M. & al., Telepsychiatry: outpatient psychiatry by video link, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1996, 2, 59-62.
  - McLAREN P.M., BLUNDEN J. & al., Telepsychiatry in an inner city psychiatric service, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1996, 2, 1, 57-59. BLIGNEAULT I., Multipoint videoconferencing in health: a review of three years experience in Queensland, Australia, *Telemedicine Journal*, 2000, 6, 2, 269-274.
  30. BRODEY B.B., CLAYPOOLE K.H. & al., Satisfaction of forensic patients with remote telepsychiatric evaluation, *Psych. Services*, 2000, 51, 10, 1305-1307. MAGALETTA P.R., FAGAN, T.J. & al., Advancing psychology services through telehealth in the prisons, *Professional Psychology: Research and Practices*, 1998, 29, 6, 543-548.
  31. LYKETSOS C., ROQUES C. & al. Telemedicine use and reduction of psychiatric admissions from a long-term care facility. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 2001, 14, 76-79.
  32. MILLER J.R., GIBSON A.M., Supervision by videoconference with rural probationary psychologists, *CAL laborate*, 2004, 22-27. MILLER E.A., Telemedicine and doctor-patient communication: an analytical survey of the literature, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2001, 7 (Suppl. 1), 1-17. SIMPSON J., DOZE S. & coll., Telepsychiatry as a routine service - the perspective of the patient, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2001, 7 (Suppl. 3), 155-160. MAHEU M.M.
  33. MAXMEN J., Telecommunications in Psychiatry, *American Journal of Psychotherapy*, 1978, 32, 450-456.
  34. GOLDFIELD G.S., BROADCHIE M.D., Case report: delivery of family therapy in the treatment of anorexia nervosa using tele health, *Telemedicine Journal and e-health*, 2003, 9, 1, 111-114. MALLARD R., GREEN J., Using Web-camera technology as an adjunct to family management of stuttering, <http://www.mnsu.edu/comdis/isad8/papers/mallard8.html>, 2005.
  35. US vs BAKER. Constitutional ruling on commitment hearings by teleconference. *US Court of Appeal*, 1995. Fourth Circuit. North Carolina. 45 F. ed 837.

## La télémédecine et l'informatique comme outil d'intégration des services en zone urbaine (Boston, USA).

Le centre médical de Tufts/Nouvelle Angleterre (NEMC) propose, pour l'agglomération, un ensemble de programmes de services d'urgences en faveur des personnes nécessitant des soins psychiatriques, intitulé BEST : Boston Emergency Services Team. Destiné aux personnes, aux familles, aux différents services sociaux et sanitaires, d'urgence et de secours, il fonctionne 24 heures sur 24 et procure, mis en œuvre par des praticiens seniors, des médecins plus jeunes et des travailleurs sociaux, une gamme de réponses fixes ou mobiles de crise, pour adultes et enfants. Immédiates et de durée brève ou semi-brève, elles sont disponibles à partir de cinq sites dont deux sont des services d'urgence de référence (Massachusetts General Hospital, Boston City Hospital) et trois sont des partenaires. Tous les sites et toutes les équipes sont reliés par l'informatique, de façon à disposer d'un dossier patient partagé. Le département de psychiatrie du NEMC a mis en œuvre un dispositif pour fournir les services psychiatriques les plus complets, cliniques, d'enseignement et de recherche utilisant la visioconférence. La télépsychiatrie, elle-même incluse dans un système plus vaste de télémédecine, comprend : ordinateur, caméra pour visioconférence et télévisiophone. L'image et le son, ainsi que d'autres données éventuellement, sont transmises, par des lignes téléphoniques dédiées, aux autres sites équipés des mêmes stations de travail. Il existe ainsi sept équipements : deux dans le département de psychiatrie du NEMC, un au Centre de Santé Mentale de Dorchester participant au BEST, quatre à l'hôpital général Lemuel Shattuck dont un correspond au centre de gestion du BEST. La télépsychiatrie est utilisée pour recevoir ou dispenser des cours ou des conférences locales et extra locales, permettre des consultations dans l'agglomération voire très au-delà, et pour transmettre des informations entre les différents sites du BEST, de façon à améliorer l'accès aux soins tout en réduisant les défauts et le coût.

36. MAY C.R., ELLIS N.T. & al., Psychiatry by videophone: a trial service in North West England, *Stud. Health Technol. Inform.*, 1999, 68, 207-210. Baigent M., Lloyd C. & al., Telepsychiatry: tele-Yes, but what about psychiatry? *Journal of Telemedicine and Telecare* 1997, 3, Suppl. 1, [www.http://ade-laide.net.au/~telemed/Publications.htm](http://ade-laide.net.au/~telemed/Publications.htm).
37. NICOLAS L., FRANCO A. & al., Téléassistance en hospitalisation à domicile, le programme ViSaDom, *La Presse Médicale*, 2005, 34, 1059-64.
38. Teleconsultations substituted for and supplemented conventional, in prison consultations, *National Institute of Justice*, 2005, <http://www.ncjrs.org/telemedicine/c2a.html>. NELSON E.L., ZAYLOR C. & al., A comparison of psychiatrist evaluation and patient symptom: report in a jail telepsychiatry clinic, *Telemedicine Journal and e-health*, 2004, 10 (Suppl. 2), 54-59.
39. MNASM : Rapport sur la psychiatrie du département de l'Indre, 2005, [www.mnasm.com](http://www.mnasm.com).
40. MNASM : Rapport sur la psychiatrie du département de la Moselle, 1998, [www.mnasm.com](http://www.mnasm.com).
41. KIRTAVA Z., PAPOSHVILI K. & al., Telemedicine and distant learning experience in Georgia and future prospects, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1999, 5 (Suppl. 1), 61-63.
42. KENNEDY, C., Outcomes of psychiatry services using video conferencing, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1999, 5 (Suppl. 1), 139. MAIR F., WHITTEN P., Systematic review of studies of patient satisfaction with telemedicine, *British Medical Journal*, 2000, 3, 320 7248, 1517-1520. STAMM B.H., PEREDNIA D.A., FRUEH B.C., DEITSCH S.E. & al., Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development, psychiatric services, 2000, 51, 12, 1522-1527. SIMPSON J., DOZE S. & al., Evaluation of a routine telepsychiatry service, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2001, 7, 2, 90-98. ELFORD, R., WHITE H. & al., A randomised, controlled trial of a child psychiatric assessments conducted using videoconferencing, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2000, 6, 2, 73-82. BEAR D. MAIR F.S., HAYCOX A. & al., A review of telemedicine cost effectiveness studies, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2000, 6 (Suppl. 1), 38-40.
43. BLIGNEAULT I., Multipoint videoconferencing in health: a review of three year's experience in Queensland, Australia, *Telemedicine Journal*, 2000, 6, 2, 269-274, *op. cit.*
44. AAS I.H., Working with telemedicine; user's characteristics and attitudes, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2000, 6 (Suppl. 1), 66-68.
45. Colloque de déontologie médicale et télémédecine: [www.conseil-national.medecin.fr](http://www.conseil-national.medecin.fr), 1996, *Actes du colloque*, ou [www.world-medical-clinic.com/france/accueil/rapport.htm](http://www.world-medical-clinic.com/france/accueil/rapport.htm); lire également HERVÉ C., GAILLARD M. & al., L'accès aux soins à l'aide de la télémédecine : enjeux éthiques, *Informatique et Santé*, 1996, 8, 57-65.
46. DUSSERRE L., La téléexpertise : un acte médical à reconnaître... et à rémunérer, *Rapport au Conseil National de l'Ordre des Médecins*, 1999.
47. CHASSORT A., Exercice médical et Internet : principes généraux, *Rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des Médecins*, 2000, [www.world-medical-clinic.com/france/accueil/rapport.htm](http://www.world-medical-clinic.com/france/accueil/rapport.htm).
48. DEAU X., Télémédecine, *Rapport adopté lors de la session du Conseil National de l'Ordre des médecins*, 2005.
49. HILTY, D.M., SHAYNA L.M. & al., Clinical and educational telepsychiatry applications; a review, *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49, 1, 12-23.

#### Reuves

*Journal of Telemedicine and Telecare* (site Internet de la Royal Society of Medicine anglaise): [HTTP://WWW.ROYSOCMED.AC.UK](http://WWW.ROYSOCMED.AC.UK).  
*Office for the advancement of Telehealth*: [HTTP://TELEHEALTH.HRSA.GOV/PUBS/MENTAL/REFERENCES.HTM](http://TELEHEALTH.HRSA.GOV/PUBS/MENTAL/REFERENCES.HTM)  
*Telemedicine Journal and e-health*.

# PLURIELS

La lettre  
de la  
Mission Nationale d'Appui  
à la Santé Mentale

**Directeur de la publication :**  
Gérard Massé

**Rédacteur en chef :**  
Raymond Lepoutre

**Ont participé à ce numéro :**  
Serge Kannas  
Gérard Massé

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,

75013 Paris  
Téléphone 01.53.94.56.90 -  
Télécopie 01.53.94.56.99.  
E-mail : [mission@mnasm.com](mailto:mission@mnasm.com)

## Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver  
tous les numéros de Pluriels  
sur le site :

[www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)