



Le 24 avril 2020

La télé-psychiatrie en période COVID-19 : un outil d'appui aux soins en psychiatrie publique.

En préambule

La crise actuelle générée par l'épidémie de COVID-19 a amené la psychiatrie publique à réorganiser en profondeur son dispositif de prévention, notamment en faveur des patients en situation de confinement.

Que ce soit en psychiatrie générale ou en psychiatrie infanto-juvénile, les équipes de psychiatrie publique ont installé dans des délais très brefs des unités PSY/COVID tout en maintenant une activité ambulatoire en CMP et en veillant à limiter les risques de contagion épidémiques.

Par ailleurs la Conférence nationale des présidents de CME de CHS a récemment indiqué que le rappel téléphonique et l'activité de soutien à distance (audio ou visio) ne pouvaient se substituer aux activités en présentiel (entretiens, consultations, psychothérapies, etc..) et que ceci ne pouvait avoir lieu que dans des conditions préalablement convenues avec le patient dans un cadre réglementaire rigoureux.

1/ Avant la crise

En 2015, la Conférence nationale des présidents de CME de CHS soulignait la nécessité d'un développement et d'expérimentations de télé-psychiatrie dans le cadre des nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC). Elle insistait sur la nécessité de disposer de l'accord préalable du patient, sur le caractère complémentaire de la télé-psychiatrie non substituable aux rencontres présentesielles, et enfin sur la nécessité de faire évoluer en France le cadre réglementaire, les leviers financiers ainsi que les recommandations de bonne pratique¹.

La télé-psychiatrie, dans la suite du décret sur la télémédecine de 2010, s'est développée dans le cadre de téléconsultation et de télé-expertise auprès des établissements médico-sociaux (EHPAD, ESMS pour enfants ou adultes handicapés) à partir de plusieurs projets en région. La téléconsultation a souvent pris la forme de consultations de suivi, après une première rencontre en présentiel auprès d'un psychiatre avec transcription de la prescription sur le DPI et maintien de l'accompagnement présentiel par un professionnel de santé IDE. La télé-expertise auprès de professionnels de santé, médecins ou non médecins s'est développée auprès des UCSA et EHPAD.

Des obstacles techniques réglementaires et financiers sont venus en limiter le déploiement ainsi que l'absence de références en termes de bonnes pratiques.

Pour autant, il avait déjà été souligné la nécessité de disposer :

- D'un cadre garantissant le secret professionnel (confidentialité des échanges, sécurité des données et accès au DPI),
- De la compétence de professionnels de santé auprès du patient pendant la réalisation de l'acte,
- De moyens techniques effectifs (locaux dédiés, matériel fonctionnel en amont et en aval, etc.)

Des recommandations internationales^{2,3} ont aussi montré l'intérêt de la télé-psychiatrie pour disposer d'avis spécialisés en urgence ou quand le déplacement du patient et/ou du praticien est impossible (distance géographique, désert médical, absence de spécialiste, EPHAD...). Elles en ont aussi réduit le périmètre au regard de la symptomatologie du patient, par exemple en cas d'agitation, le niveau de risque notamment suicidaire, l'absence de possibilité de suivi sur le site primaire du patient, l'annonce diagnostique ou encore les pathologies susceptibles de s'aggraver avec les nouvelles technologies tels que les états délirants.

2/ Le temps de la crise COVID-19

Un effort massif a été engagé par les services hospitaliers des secteurs de psychiatrie et de pédopsychiatrie pour garantir une continuité de contact avec les patients et les familles, prendre en compte les restrictions liées au confinement et à la déprogrammation des soins non urgents. La conséquence en a été de porter l'activité de télé-psychiatrie à un niveau jamais atteint jusqu'alors.

La majorité des activités de soins ambulatoires CMP, HDJ et CATTP, ont très rapidement fait l'objet d'une substitution par les télé- et visioconsultations. La soudaine visibilité de cet outil, témoignant de la très grande adaptabilité dont a fait preuve la psychiatrie publique, confirme le caractère fondamental de la rencontre patient/professionnel. La téléconsultation n'en vient qu'en appui et ne peut s'y substituer.

À cet égard, il est ainsi établi que :

- La consultation et l'entretien en psychiatrie sont des actes individuels en présentiel et résultent du travail collectif d'une équipe pluridisciplinaire sur la base des principes de continuité et de proximité des soins. Ils ne peuvent notamment se réduire à l'établissement de questionnaires standardisés ou d'échelles d'évaluation dans un but diagnostique, thérapeutique ou à des techniques de e-thérapie standardisée.
- L'alliance thérapeutique est la conjugaison d'une collaboration complexe clinicien-patient dans la thérapie et d'une qualité de lien⁴. Elle suppose une interdépendance de la relation et de la technique et une "négociation" constante entre ses acteurs⁵. La prise en compte de la subtilité des aspects verbaux et non-verbaux de la consultation, ainsi que des ambiguïtés consubstantielles au langage, qu'annulent le téléphone ou la vidéotransmission, sont l'occasion de continuel ajustements du professionnel en temps réel (postures, regards, rythme de échanges, etc.)^{6,7}. Elle limite notamment le risque d'interprétations erronées sur le sens des messages^{7,8}.
- La télé-psychiatrie ne peut compenser le défaut de structures de soins ni couvrir les besoins de la population en matière de services psychiatriques². Une très grande considération doit être apportée sur le caractère sélectif qu'elle induit au niveau de la population. Son effet est potentiellement non pérenne sur la symptomatologie

psychiatrique des patients qui sont en capacité d'y adhérer. C'est ainsi que le caractère très formalisé de la téléconsultation ne paraît pas adapté aux situations de patients présentant les pathologies psychiatriques les plus sévères. Ceci y sont par ailleurs très peu réceptifs, quand bien même disposeraient-ils des moyens techniques d'y répondre.

- La télé-psychiatrie ne peut prétendre à constituer une alternative crédible moins onéreuse que l'approche présentielle^{9,10}.

3/ L'après crise ?

La crise COVID-19 conduit au constat de la nécessité du maintien, voire de l'intensification, de consultations en CMP en faveur des patients présentant une grande vulnérabilité psychique psychiatrique bien au-delà des contacts téléphoniques ou de soutien à distance.

Au niveau international les expériences de la crise COVID viennent confirmer que les patients les plébiscitent et y adhèrent malgré leurs inquiétudes liées au risque de contamination par le virus¹¹. Ces études montrent aussi l'importance de disposer d'un maillage de proximité pour rendre effectif l'accès aux soins et vont dans le sens du développement d'une approche de type responsabilité populationnelle. Cette approche s'inscrit dans une politique territoriale s'appuyant sur des centres de proximité avec visites et aides à domicile^{11,12}, rappelant la politique de secteur en France.

Par ailleurs il apparaît que les plateformes téléphoniques, voire même les équipes mobiles d'urgence, ne peuvent suffire à lutter contre l'isolement à domicile et le risque de décompensation psychiatrique et de désocialisation massive, notamment dans les cas de pathologies psychotiques sévères¹³.

La consultation en présentiel peut être complétée par la téléconsultation qui est un outil permettant le maintien du contact avec le patient quand celui-ci est éloigné momentanément de son lieu de soins habituel ou qu'il est transitoirement dans l'impossibilité de se déplacer. La dimension thérapeutique de l'acte de soin, notamment médical, en psychiatrie comme dans les autres disciplines, ne peut résulter que d'une interaction humaine, à la condition de réunir deux présences physiques en proximité, celle du patient et celle du psychiatre ou de professionnels du soin.

Dans le contexte épidémique actuel, la téléconsultation est en passe de montrer qu'elle constitue un outil de suivi à distance appréciable dans la mesure où elle favorise le maintien du lien avec le patient. Comme le faisait remarquer la conférence nationale en 2015, il conviendra, ainsi que pour l'ensemble des NTIC, d'en poursuivre l'expérimentation pour, le moment venu, en définir précisément le périmètre d'action et les limites pour la période d'après confinement. Il est d'ores et déjà acquis que le pari de la télé-psychiatrie ne sera relevé qu'à la condition de sa forte articulation avec le dispositif de prévention et de soin et leurs équipes de secteur assurant en proximité la prééminence du soin présentiel en psychiatrie.

Groupe ressource PSY/COVID-19
Conférence nationale des présidents de CME/CHS

Références

- ¹ Proposition de la Conférence Nationale des Présidents de CME de CHS Télémédecine-E santé du 30 septembre 2015
- ² American Telemedicine Association Standards & Guidelines. Available online: <http://www.americantelemed.org/practice/standards/ata-standards-guidelines/> (accessed on 30 November 2013).
- ³ AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ (AETMIS). *Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en téléadaptation*. Québec: mai 2006.
- ⁴ Bordin E. Theory and Research in the Therapeutic Working Alliance : New Directions. in Horvath OA, Greenberg LS (Eds). *The Working Alliance : Theory, Research and Practice*. New York : Wiley 1994: 13-37.
- ⁵ Safran JD, Muran JC. Has the concept of therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training* 2006;43 (3) : 286-291.
- ⁶ Shintel H, Keysar B. Less Is More : A Minimalist Account of Joint Action in Communication. *Top Cogn Sci*. 2009;1:260-273. doi:10.1111/j.1756-8765.2009.01018.x
- ⁷ Bateson G. *Steps to an Ecology of Mind: Collected Essays in Anthropology, Psychiatry, Evolution, and Epistemology*. Chicago : University Of Chicago Press, 1972.
- ⁸ Abbott J. Is online therapy as good as talking face-to-face with a clinician ? *Conversat*. 2016:1-5.
- ⁹ Garcia-Lizana F, Munoz-Mayorga I. What About Telepsychiatry? A Systematic Review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010; 12(2): PCC.09m00831. doi: 10.4088/PCC.09m00831whi
- ¹⁰ 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*. 2007 Jun;58(6):836-43.
- ¹¹ Xiang Y, Zhao Y, Liu Z, et al. The COVID-19 outbreak and psychiatric hospitals in China : managing challenges through mental health service reform. *Int J or Biol Sci*. 2020;16(10):1741-1744. doi:10.7150/ijbs.45072
- ¹² Druss BG. Addressing the COVID-19 Pandemic in Populations With Serious Mental Illness. *JAMA Psychiatry*. 2020;(Published online : April 3):E1-E2. doi:10.1001/jama.2020.3413
- ¹³ Mohr DC, Weingardt ken R, Reddy M, Schueller SM. Three Problems With Current Digital Mental Health Research... and Three Things We Can Do About Them. *Psychiatr Serv*. 2017;68(5):427-429. doi:10.1016/j.physbeh.2017.03.040