

**ANPCME**  
**Journées de « La Bussière »**  
**23 Septembre 2016**  
**Centre Européen de la Jeunesse-Strasbourg**

---

**e-Psychiatrie**

**Dr Di Maggio, Psychiatre**  
**Pole Hospitalo-universitaire de Psychiatrie Adulte du Pr**  
**Drapier,**  
**Centre Hospitalier Guillaume Régnier, Rennes**

# Cadre législatif de la télémédecine

- **La loi HPST – article 78** – modifiant l'article L.6316-1 du CSP définit la télémédecine :
- **pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication**
- 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.
- **La loi HPST et le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 qui la précise, forment le cadre juridique de la télémédecine.**
- 5 actes de télémédecine : **téléconsultation, téléexpertise**, télésurveillance médicale, téléassistance médicale et réponse médicale apportée dans le cadre de la régulation médicale du centre 15 ;
- conditions de mise en oeuvre par des professionnels de santé ;
- organisation des activités de télémédecine sur un territoire de santé.

# Cadre législatif de la télémédecine

- **Art. R. 6316-1.** - Constituent des actes de télémédecine :
  - la **téléconsultation** permet 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**, permet 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 ;
- **Art. R. 6316-2.** - Les actes de télémédecine sont réalisés avec le **consentement libre et éclairé de la personne**,
- **Art. R. 6316-3.** - Pour chaque acte de télémédecine :
  - **Authentification** des professionnels de santé intervenant dans l'acte ;
  - **Identification** du patient ;
  - **Accès** des professionnels de santé aux **données médicales du patient nécessaires** à la réalisation de l'acte ;
- **Art. R. 6316-4**
  - Compte rendu de la réalisation de l'acte ;
  - Actes et les prescriptions médicamenteuses effectués dans le cadre de l'acte de télémédecine ;
  - Identité des professionnels de santé participant à l'acte;
  - Horodatage de l'acte;
  - Incidents techniques survenus au cours de l'acte.

# Objectifs

- **Améliorer la prise en charge médicale des patients**
  - diminution des déplacements avec prise en charge dans leur lieu de vie
  - maintien de l'offre de soins de proximité
  - limiter les hospitalisations.
- **Améliorer les conditions de travail des professionnels de santé**
  - optimiser le temps soignant en évitant les déplacements, notamment dans les territoires isolés
  - faciliter les coopérations entre professionnels de santé médicaux et paramédicaux
  - améliorer l'attractivité médicale dans les situations d'isolement.
- **Repenser l'organisation territoriale de la prise en charge des patients**
  - nouveau maillage entre soins de premier recours (généralistes, EHPAD, infirmiers, etc.) et de second recours (établissements de santé, spécialistes).

# Freins

- **Maîtrise des coûts**
- **Réticence** des soignants : craintes concernant :
  - Le caractère chronophage de l'usage et de l'outil
  - Le non maintien de la présence des équipes de soins au sein des établissements requérants.
- **Aspects techniques** tels que l'accès au haut débit.

# Définition de la télépsychiatrie

- **Exercice de la psychiatrie à distance à l'aide des NTIC dans le but de réduire les barrières géographiques, d'apporter un soutien aux équipes soignantes et d'améliorer la prestation des soins psychiatriques ainsi que leur accessibilité.**
- **APC** (Association de Psychiatres du Canada)
- **APA** (American Psychiatric Association)
- **AMPQ** (Association des médecins psychiatres du Québec)
- Depuis les années 50 de nombreuses expériences de télémédecine, et en particulier de télépsychiatrie, ont vu le jour en Amérique du Nord.
- Une des premières activités de psychiatrie date du début des années 1960, elle concerne la mise en réseau de programmes de télé-consultations et de télé-éducation autour du Nebraska Psychiatric Institute (P Simon, 2015).
- Dans les années 90, plusieurs projets se sont développés aux USA, au Canada et en Australie.
- L'usage de la téléconsultation peut améliorer l'accès aux soins, servir à promouvoir l'éducation thérapeutique, éviter les déplacements inutiles au patient ou au thérapeute.
- La satisfaction du patient semble identique à celle du face à face.

# Revue de la littérature

---

- **Les publications concernent les aspects cliniques, thérapeutiques, spécialisés, éthiques, organisationnels et techniques (Massé et al., 2006; Astruc et al., 2012).**
- **Toutes les formes de psychothérapies** sont pratiquées (Kaplan, 1997) : la psychothérapie de soutien, la **psychothérapie cognitivo-comportementale (la plus représentée)**, la thérapie brève, la psychothérapie d'inspiration psychanalytique (Maxmen, 1978), la psychothérapie de groupe et la thérapie familiale (Goldfield et Broadchie, 2003).
- **Les urgences psychiatriques**
  - semble moins recommandée dans ce contexte, sauf absence complète d'alternative.
  - nécessite la présence sur place d'un tiers professionnel, social ou familial, au cas où le patient serait suicidaire, psychotique, de même que l'anticipation explicite (patient et tiers) des conditions de sécurité et d'hospitalisation.
- **Injonctions thérapeutiques et expertises judiciaires** (US vs Baker, 1995).
- **Télépsychiatrie en milieu pénitentiaire** (National Institute of Justice, 2005).
  - Télépsychiatrie entre le centre médical de l'Université du Kansas et la prison d'Emporia (Kansas). (P Simon, 2015)
  - 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.**

# Revue de la littérature

## ■ Télépsychiatrie en psychiatrie infantojuvénile

- Expérience du centre médical de l'Université du Kansas et un centre de santé mentale pour enfants, éloigné de 180 km
- Résultats : des enfants et adolescents sévèrement perturbés peuvent être adéquatement évalués et traités en sécurité (souvent la visioconférence devient multidisciplinaire, associant famille et enfant, personnel du centre et d'autres équipes).
- Session de vidéoconférence 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 télépsychiatrie peut être utilisée en psychoéducation

L'étude de Hailey et al. (2011) montre qu'**après les sessions de psychoéducation, les aidants des 2 sites ont significativement amélioré leurs connaissances sur le questionnaire spécifique, et les gains en termes de connaissances étaient identiques entre les 2 groupes en 6 semaines.**

L'évaluation randomisée de l'utilisation d'un programme hébergé sur un site internet de psychoéducation aux troubles bipolaires ([Smith et al. 2011](#)) montre :

- **aucune différence significative entre le groupe bénéficiant de ce programme et le groupe témoin en ce qui concerne la qualité de vie, le fonctionnement psychosocial, l'insight, la résurgence de symptômes** (maniaques ou dépressifs).
- **sécurité de l'emploi de cette intervention à distance.**

# Revue de la littérature

---

- La majorité des études montre un **haut niveau de satisfaction des patients concernant l'évaluation mais aussi dans la conduite des traitements** (Wootton et al. 2003, Norman en 2006).
- **Certains patients se montrent moins inhibés pour parler de leurs difficultés devant un écran qu'en présence d'un clinicien**, en particulier pour les patients phobiques (Wootton et al. 2003, Wiederhold et al. 2004, Bouchard et al., 2004).
- Il est fort probable que **cette pratique ne constitue pas une économie en soi mais réponde à des besoins médicaux non satisfaits**.
- Les programmes de télépsychiatrie, selon certains auteurs, permettent aux patients **d'économiser du temps de trajet et de coûts de transports** (Bose et al. 2001, Jones et al., 2001).



# Revue de la littérature

---

- Hilty et al.(2002, 2004) dans une revue de la littérature, montre que
  - la **télépsychiatrie est utilisée avec succès à des fins cliniques, éducatives, et de recherche**, elle **améliore l'accessibilité aux soins**, fait preuve d'une **fiabilité certaine pour le diagnostic de diverses pathologies** affectant les adultes, les enfants et les personnes âgées.
  - elle semble généralement **acceptable pour le patient, facilite le développement de relations tout en ayant un effet positif sur le sentiment d'appropriation (empowerment) des utilisateurs.**
- La meta-analyse de Hyler et al. (2005) compare **l'évaluation clinique effectuée en télépsychiatrie à la pratique traditionnelle en face-à-face** (500 patients provenant de 14 études ayant des effectifs de plus de 10 patients).
  - **Aucune différence entre les 2**
  - **La préférence des patients ou des cliniciens reste néanmoins la consultation en face à face.**

# Revue de la littérature

---

- Etude randomisée canadienne (O'Reilly et al., 2007) concernant un échantillon de 495 patients
  - **Évaluation de l'équivalence des 2 méthodes de suivi** à l'aide d'un auto questionnaire de sévérité, d'un questionnaire fonctionnel et d'un questionnaire de satisfaction.
  - Scores obtenus aux échelles équivalents dans les 2 groupes.
  - **Même niveau de satisfaction dans les 2 groupes.**
  - **Coût par patient inférieur de 10% en télépsychiatrie**
  - Limites : courte durée du suivi .
  - Résultats non généralisables à tout type d'approche thérapeutique, de groupes de patients ou de pathologies psychiatriques.
- La revue de Garcia-Lizana (et al. 2010) s'intéresse à **l'efficacité de la télépsychiatrie dans la prise en charge des troubles mentaux** en tant que modèle de soins :
  - Les **résultats positifs** comparativement à l'approche en face à face concernent la qualité de vie, la satisfaction des patients, l'adhésion au traitement.
  - La preuve d'une optimisation des coûts est faible.
  - Cette technique paraît **améliorer l'accès aux soins, peut servir à promouvoir l'éducation thérapeutique, à faire gagner du temps et à éviter des déplacements.**
  - Cette approche est sûre, **aucune complication** n'étant rapportée dans les essais cliniques.

# Recommandations internationales de télépsychiatrie

---

- **Télépsychiatrie d'urgence** (Shore et al., 2007).
- **Télépsychiatrie pour enfants et adolescents** (Myers et al., 2008).
- Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie, Québec, **Agence d'évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé** (AETMIS, 2006).
- Practice guidelines for video-based online mental health services, **American Telemedicine Association** (ATA, 2013).

# Recommandations anglo-saxonnes et québécoises concernant la prise en charge des patients en télé psychiatrie

## ■ INDICATIONS

- Évaluation diagnostique
- Thérapie psychiatrique
- Élaboration de plans de soins cliniques
- Suivi et révision des traitements
- Évaluation et thérapie psychologiques
- Tests psychologiques et neuropsychologiques
- Expertise médico-légale
- Certaines urgences psychiatriques
- Étude de cas, supervision
- Thérapie individuelle, couple ou familiale
- Thérapie de groupe
- Psychoéducation
- Pharmaco éducation

## ■ CONTRE INDICATIONS

- Refus du patient
- Patient violent, instable ou impulsif
- Patient présentant un risque de suicide immédiat ou une dangerosité immédiate
- Patient nécessitant un suivi spécial non disponible au site primaire
- Patient présentant un risque d'exacerbation des symptômes par l'utilisation d'une technologie de télécommunication
- Patient à qui une nouvelle doit être communiquée en personne (ex: VIH)
- Déficiences auditives, visuelles ou cognitives ne permettant pas une communication cohérente par l'entremise de la technologie

# Télépsychiatrie en France

---

- **Le faible développement de la télépsychiatrie repose sur des obstacles techniques et financiers, juridiques, cliniques et culturels.** Le dialogue singulier spécifique avec le psychiatre laisse peu de place à l'hypothèse de l'absence physique du médecin lors d'une consultation.
- **La télépsychiatrie en France n'a pas encore trouvé sa place dans les dispositifs de soins et n'est envisagée que pour pallier aux distances géographiques ou pour des territoires isolés.**
- La **première expérience dans le haut pays niçois du Pr Pringuey** (CHU de Nice), était la seule en France en 2001 tandis que la même année, on recensait 25 programmes aux États-Unis.
- La Croix Rouge française, par le centre médicochirurgical de **Kourou**, a bénéficié en 2002 d'une **station de visioconférence utilisée pour la télé-expertise en psychiatrie.**
- **Dès 2002**, l'ARS **Haute Normandie** soutient un projet de télépsychiatrie au CH du Rouvray qui **depuis 2010 a évolué vers la TLC/TLX en gerontopsychiatrie.** Le dispositif actuel s'étend aux établissements médico-sociaux, dont deux-tiers sont des EHPAD avec la participation de six établissements sanitaires (MCO, psychiatrie) et le CHU de Rouen (Dr Haouzir).

# Télépsychiatrie en France

---

- **Les premiers projets dans les UCSA de Lannemezan et de Bois d'Arcy ont permis améliorer la qualité des soins délivrés aux détenus.**
  - Les enjeux éthiques et déontologiques sont majeurs
  - Au regard de la demande d'avis psychiatrique grandissante, des difficultés d'accès de nombreuses centrales, de la sécurité liée au transport des détenus, ce processus commence à se développer en France.
- **TLM insulaire avec Belle Ile en mer, Dr Robin, EPSM St Ave, Morbihan.**
- **Dispositif de télésanté entre le CRA de Brest et l'EPSM de Vannes (St André et al., 2010) assurant les soins spécialisés dans une structure médicosociale pour personnes atteintes d'autisme.**
  - télé-expertise et favoriser l'accompagnement des résidents tout en instituant une aide à la formation des professionnels.
  - téléstaffs de psychiatrie par visioconférence
  - bénéfiques : disponibilité de consultants aux compétences spécifiques, diminution du délai d'attente, utilisation plus efficace des ressources, diminution des frais et des risques de déplacements de ces patients.
- **TLM avec psychologues et psychiatres à destination des expatriés, Dr Astruc, Cofondateur Eutelmed**

# Recommandations à la pratique de la télépsychiatrie

---

- **Utilisation des recommandations anglo-saxonnes et québécoises,**  
-**AETMIS** (Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé, Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie, Québec)  
-**ATA** (American Telemedicine Association, Practice Guidelines for video-based online mental health services)
- **Recommandations à adapter au contexte français ?**
- **Tradition clinique française (médecin au contact du patient)**  
**Recommandation mais non obligation que la primoconsultation soit faite au préalable en face à face.** Les associations de patients ne souhaitent pas que la TLM se substitue à la prise en charge classique.
- **Application stricte du décret de TLM du 19 Octobre 2010.**

# Conférence nationale des présidents de CME

Communiqué de presse du 06 Octobre 2015

Dr Marie Noelle Petit, Dr Carole Di Maggio, Dr Sadeq Haouzir, Dr Didier Robin  
Dr Christian Muller

- 1-Elle souligne l'**importance d'une réflexion concernant les applications de la télémédecine et de la e-santé dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale**
- **2-L'intérêt croissant des usagers pour les nouveaux outils technologiques dans ce domaine et l'implication des partenaires des équipes de psychiatrie de secteur** (médecins généralistes, médecins urgentistes, médecins coordonateurs et équipes des EHPAD, ...) incitent à **soutenir les expérimentations actuellement menées par les établissements spécialisés en psychiatrie** dès lors que sont préservés les principes fondamentaux propres aux soins en psychiatrie, notamment continuité relationnelle et respect de l'intime.
- 3-L'utilisation de ces technologies **nécessite l'accord préalable du patient et la prise en compte de leur impact sur son vécu et sa pathologie**. Une vigilance toute particulière doit être portée sur la garantie et le respect du secret professionnel.
- 4-La pratique de la **téléexpertise** peut être appropriée dans le cadre de la prise en charge clinique du patient avec des équipes de soins distantes, **en appui à une prise en charge effectuée de manière présenteielle** par des équipes de soins dans le cadre d'un parcours de soin coordonné **et sans s'y substituer en aucun cas**.
- **5-Une évolution du décret du 19 Octobre 2010 et des recommandations de bonnes pratiques adaptées à la discipline devraient permettre d'améliorer les conditions de la mise en place de ces nouveaux outils et leur utilisation**. Des **formations spécifiques** associant notamment personnels médicaux et non médicaux en favoriseraient **l'appropriation par les professionnels**.
- 6-La prise en compte d'une **valorisation des actes de télémédecine en psychiatrie publique au même titre que dans les autres disciplines** devrait en conditionner le développement et favoriser la perennisation des actions en cours.
- 7-Des **orientations définies au niveau national** seraient de nature à en faciliter la pratique par une prise en compte et une coordination



# Financement

---

- **LFSS 2014 article 36** : Expérimentations dans 9 régions pilotes (Haute- Normandie, Languedoc-Roussillon, Pays de Loire, Bourgogne, Picardie, Centre, Basse-Normandie, Alsace, Martinique) concernant le financement d'actes de télémédecine pour les patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales.
- Les investissements financiers (matériels, maintenance, abonnements) sont importants. Le gain sur le plan financier et médical n'est pas perceptible d'emblée. Les projets ne pourront être portés financièrement seulement par les établissements.
- **Question posée du financement des actes de télémédecine en psychiatrie publique** au même titre que les autres spécialités.
- Les actes de télémédecine réalisés par la psychiatrie publique sont inclus dans la DAF. La rémunération ne concernera alors que les psychiatres libéraux. Néanmoins, **la majorité des expérimentations en psychiatrie ont lieu au sein des établissements publics.**
- **L'absence de rémunération peut freiner le développement d'autres projets de télémédecine en psychiatrie publique.**
- **La psychiatrie risque de rester à part des autres spécialités sur cette question.**

# 6 axes de propositions pour un déblocage de la télémédecine -7 Septembre 2016

## Conclusions de la mission FHF TELEMEDECINE

Dr Pierre Simon, Elodie Hemery, Céline Wasmer

- **1. Reconnaître sur le plan législatif dès le PLFSS 2017, la tarification à l'activité**, par tout professionnel de santé ou établissement, pour la télémédecine telle que définie par l'article 78 de la loi HPST.– au moins – sur la base du tarif existant par l'activité médicale correspondante « en présentiel » ;
- **2. Prévoir, par la voie réglementaire, des modalités financières plus incitatives pour tenir compte des spécificités de certaines filières médicales ou valoriser des éléments particuliers d'organisation** (mobilisation de temps paramédical, organisations dans le domaine du vieillissement et du handicap) ;
- **3. Accompagner les établissements dans la structuration de volets « télémédecine » aux projets médicaux partagés en cours d'écriture dans le cadre des GHT**
- **4. Aide à l'investissement des établissements dans les équipements et matériels de télémédecine dans le cadre du Plan de 2 Md€ annoncé par la Ministre**, ce plan comprenant un volet prioritaire identifié sur le numérique ayant vocation à être mise en œuvre avant la fin 2016
- **5. Mettre en œuvre une évaluation médico-économique en continu** afin de pouvoir mesurer au fil de l'eau les effets produits (valorisation des actes tarifés à comparer aux gains de qualité pour les patients et aux gains d'efficacité pour le système de soins).
- **6. Assurer la formation des professionnels de santé qui s'engageront dans les pratiques de télémédecine**



## Projet AGETELEPSY

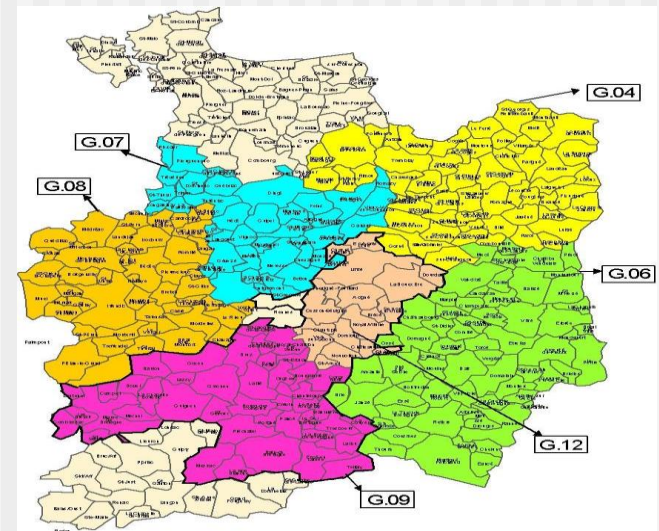
Centre Hospitalier Guillaume Régnier - Rennes  
EHPAD « *Les Jardins du Castel* » -  
Châteaugiron  
EHPAD « *Résidence Père Brottier* » - Pléchâtel





## Structures visées

- ① **Phase 1**: 4 E.H.P.A.D situés sur les secteurs du Pôle H.U de Psychiatrie Adulte
  - 2 EHPAD autonomes (« *Les Jardins du Castel* » à Châteaugiron et « *Résidence Père Brottier* » à Pléchâtel)
  - 2 EHPAD du CH G.Régnier de Châteaugiron
  - et Bruz
- ② **Phase 2**: mutualisation des projets de télémédecine rennais (CHU, Pole St Hélier, CHGR) extension aux EHPAD équipés
- ③ **Phase 3** : proposition d'intégration dans le dispositif à tous les EHPAD du Territoire n°5





## Objectifs

- **Qualité de vie du patient** : éviter le déplacement de personnes fragiles, souvent perturbées par une visite à l'hôpital,
- Assurer une meilleure **prise en charge des patients dans leur lieu de vie** en limitant les risques liés à leur âge et à leur(s) pathologie(s),
- Faciliter et consolider le **maintien de l'offre de soins de proximité**,
- **Optimiser le temps médical et soignant**,
- **Réduire les coûts** par rapport à une prise en charge classique (VSL, ambulance),
- **Diminution du risque iatrogénique**
  - réévaluation de l'ordonnance (indications, contre indications, bénéfices/risque, effets indésirables) afin de diminuer les effets iatrogéniques du traitement et les poly-médications fréquentes chez les sujets âgés.
- **Évaluation du fardeau des aidants** (équipe soignante, famille)
- **Formation des équipes soignantes** à la pathologie psychiatrique
  - déstigmatiser les troubles psychiatriques
  - favoriser une meilleure intégration des patients souffrant de troubles psychiatriques au sein des EHPAD

# Déploiement technique



**EHPAD « Résidence Père Brottier »  
pléchâtel**



**EHPAD « Résidence du Prévôt »  
Chateaugiron**



**EHPAD « Résidence René Cassin »  
Bruz**



**EHPAD « les Jardins du Castel »  
Chateaugiron**

**Formation de 15 professionnels  
de santé impliqués dans le projet**



**Centre Hospitalier  
Guillaume Régnier**

## **DIM CHGR**

Actes de TLC et TLX créés dans le dossier patient CIMAISE du CHGR et 4 structures externes référencées





## Population cible

- Patients
  - résidant en **EHPAD**
  - **déjà suivis en consultation** de psychiatrie classique (Psychiatre, Equipe mobile de gérontopsychiatrie), primoconsultation classique au préalable
- Plages de téléconsultations dédiées
- Durée moy tlc 30 min
- 1/3 de tlx et 2/3 de tlc
- Pathologies psychiatriques représentées
  - **Troubles thymiques, dépression** (1/4 des demandes) avec ou sans troubles cognitifs
  - **Troubles du comportement** (1/2), agitation, agressivité, opposition, refus d'alimentation, avec ou sans troubles cognitifs
  - **Délire, hallucinations** (1/4) en lien avec troubles psychotiques, dépression, manie, avec ou sans troubles cognitifs, de novo ou pour patients psychotiques vieillissants.





# Bilan

Point de vue Patients	Point de vue EHPAD	Point de vue CHGR
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Pas de réticence des patients âgés</b> qui s'adaptent aisément à la situation de téléconsultation. <b>Tous les patients acceptent de réitérer ce mode de consultation.</b></li> <li>➤ <b>Confort pour le patient,</b> limitant déplacements et attente.</li> <li>➤ « On oublie la technique », « comme si on était en face à face », la caméra est placée par l'IDE et le psychiatre de telle façon qu'on ait l'impression d'être en consultation classique.</li> <li>➤ La règle est que le patient soit accompagné par un membre de l'équipe soignante afin de faciliter les échanges entre équipe EHPAD et médecin CHGR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Intérêts et bénéfices partagés par le médecin et l'équipe soignante EHPAD du « débriefing »</b> pré- et post-entretien avec le patient. Cet échange avec l'équipe soignante est plus informatif et plus ciblé que la lecture des transmissions écrites.</li> <li>➤ <b>L'IDE EHPAD fait également part du bénéfice d'assister aux entretiens avec le patient,</b> permettant de repérer chez certains des capacités d'expression et de communication parfois sous-estimées (notamment chez les patients présentant une inhibition, une apathie, un pragmatisme...).</li> <li>➤ <b>temps soignant à optimiser</b> car attente d'un agent dans le couloir afin de raccompagner le patient à la fin de la téléconsultation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Nécessité d'adapter les conditions de fonctionnement</b> afin de diminuer au maximum les temps interstitiels (avant la consultation et entre 2 patients successifs).</li> <li>➤ <b>Mobilisation de temps de l'équipe soignante</b> de l'EHPAD, nécessité de plages de consultation convenant aux 2 parties.</li> <li>➤ <b>Nécessité de la présence d'un soignant du site requérant l'EHPAD auprès du patient lors de la tlc</b> sinon             <ul style="list-style-type: none"> <li>■ pas de plus value concernant l'échange avec l'équipe prenant en charge le patient au quotidien,</li> <li>■ problème éthique de laisser le patient seul devant la caméra,</li> <li>■ problème de sécurité pour le patient et le matériel.</li> </ul> </li> </ul>



# Conclusion

---

- La psychiatrie publique ne doit pas rester en dehors de la télémédecine.
- Notre spécialité ne va pas se déshumaniser en utilisant les nouvelles technologies telle que la télémédecine. Nos patients y seront de plus en plus confrontés dans d'autres champs que la psychiatrie.
- Il faut s'approprier cet outil qui ne supprime pas la prise en charge classique en face à face mais vient en complément dans le suivi de patients ayant donné leur consentement et pour qui on estime que ce type de consultations peut être un appoint.