

Sadeq Haouzir

Psychiatre
Centre Hospitalier du Rouvray
Métropole Rouen-Normandie

Virtualité et psychiatrie

L'avènement des nouvelles technologies, et notamment celles liées à la dématérialisation de l'information ont amené de nouvelles perspectives dans la santé. En France, leur déclinaison dans la e-santé¹ et plus particulièrement dans la télémédecine a évolué de façon exponentielle, dans toutes les régions et dans presque toutes les disciplines médicales. Ces pratiques sont totalement rentrées dans les habitudes pour de très nombreux professionnels et ne questionnent plus. En France, seules les conditions d'exercice de la télémédecine sont réglementées² et différents rapports d'experts et/ou de sociétés savantes orientent la pratique³. Faire déplacer un patient de plusieurs dizaines de kilomètres pour une simple consultation ou pour une séance de rééducation, mobiliser trois heures un ergothérapeute pour une évaluation de l'autonomie, sont des fonctionnements qui sont amenés à évoluer dans leur approche singulière actuelle.

La e-santé constitue, dans de nombreux cas, une chance inouïe d'accès aux soins. C'est probablement dans la santé mentale que les plus grandes évolutions en télémédecine sont à attendre. La psychiatrie n'est pas restée en marge de cette révolution, mais la « télépsychiatrie » reste encore très marginale et est souvent décriée, pour des raisons plus souvent dogmatiques que pragmatiques. Quelques équipes françaises ont pourtant développé de véritables dispositifs publics de télémédecine, performants et reconnus en Bretagne et en Normandie par exemple, voire de véritables plateformes de télépsychiatrie privées. Les détracteurs de la télémédecine en psychiatrie, et ils sont nombreux, opposent une perte des rapports humains, une déshumanisation du soin en quelque sorte. Et il est vrai qu'ils n'ont pas entièrement tort même si, dans l'écrasante majorité des cas, ils n'ont jamais utilisé la technique contre laquelle ils s'insurgent. En effet, le contact physique direct est perdu, c'est une évidence, mais, la virtualité qui entre en psychiatrie amène un autre type de prise en charge. Il ne s'agit pas de remplacer la psychiatrie traditionnelle « humaine et auprès du malade » par une psychiatrie virtuelle « déshumanisée et à distance ». Il s'agit bien d'utiliser les nouvelles technologies et d'en faire bénéficier nos patients. Ce n'est pas « à la place », c'est bien un outil complémentaire, qui a aussi ses propres inconvénients et ses propres limites, mais la télépsychiatrie est une évolution qui a des avantages que nous ne pouvons aujourd'hui qu'à peine imaginer.

Certaines équipes, comme la nôtre, ont déjà mis en place de vraies prises en charge dématérialisées, en remédiation cognitive, à distance avec des outils informatisés de suivi de l'évolution. Des logiciels d'aide ou d'évaluation de l'autonomie sont aussi développés et certains, qui sont déjà en phase test, s'avèrent être très prometteurs. D'autres outils sont toujours en cours d'évolution, d'amélioration, d'adaptation car malgré la révolution technologique que nous connaissons, la mise en adéquation technique, logistique, humaine et éthique d'un projet de e-santé se mesure en années.

Parmi toutes ces évolutions toutes n'ont évidemment pas été probantes et beaucoup resteront à l'état de projet plus ou moins avancé. Dans notre expérience, par exemple, l'utilisation d'un système de télémédecine embarqué, robotisé, pour réaliser des téléconsultations ne s'est pas avérée concluante. Ici les obstacles techniques étaient au premier plan, car aucun résident ou agent ne s'était, in fine, plaint de l'outil reconnu comme « plutôt sympathique et original ».

Pour nous, le choix depuis dix ans a été d'axer nos efforts de développement d'outils virtuels spécifiquement à destination des personnes avec handicap psychique et notamment celles hébergées sur des structures médico-sociales et/ou des appartements « thérapeutiques ». Le développement de la « télépsychiatrie » en direction des personnes dans le médico-social nous a fait découvrir une nouvelle clinique qu'il nous a fallu apprendre à décoder et des modalités d'entretien différentes auxquelles nous avons dû nous adapter. Un résident en établissement médico-social, qui voit son psychiatre en téléconsultation sans sortir de son univers connu avec à ses côtés un de ses soignants habituels, outre le fait qu'il n'est pas obligé de passer des heures en déplacement, va entrer en relation différemment avec son thérapeute et avec son soignant. Dans cette relation thérapeutique à trois, le psychiatre requis est parfois, voire souvent, le témoin – en retrait – de la relation soignant-soigné habituelle, complice et riche d'informations et d'une clinique autre que celle de l'habituelle relation duelle, qui a elle-même ses propres limites. C'est sans doute cette nouvelle relation thérapeutique, oh combien riche et insoupçonnée, qu'il faut apprendre à « déchiffrer » avant de la « décrier ». En dix ans d'utilisation de ce type de prise en charge virtuelle, seuls deux patients sur plus de 100 patients différents par an (et près de 500 actes par an), ont refusé la poursuite d'un suivi après la première téléconsultation.

Nous sommes à l'aube d'une révolution et il est trop tôt pour évaluer si celle-ci sera positive ou non. C'est à nous, professionnels de santé, d'accompagner cette évolution et de déterminer les orientations qui seront les plus pertinentes pour les patients qui nous sont confiés. Deux équipes différentes ne prendront pas à l'avenir les mêmes options d'outils virtuels en psychiatrie et cela peut aisément se comprendre; néanmoins, elles nécessiteront un accompagnement sur leur choix stratégique, déontologique et technique. C'est là, notre plus grand défi. Si les professionnels de la santé mentale se ferment à cette évolution, elle se fera, quand même, mais sans eux, voire contre eux⁴. La virtualité en psychiatrie, ce n'est pas l'avenir, c'est déjà le présent. Il n'y a que ceux qui ne s'y intéressent pas et qui ne veulent pas voir le monde qui les entoure qui ignorent qu'elle est déjà installée, et pour durer.

1 La « e-santé » (« e-health » en anglais) désigne tous les aspects numériques touchant de près ou de loin la santé. La télémédecine correspond à un acte médical à distance, (téléconsultation, télé-expertise, téléassistance, télésurveillance et régulation pour les centres 15).

2 Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 est relatif à la télémédecine.

3 http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

4 Des entreprises qui surfent sur la vague de la télémédecine développent déjà de nombreux logiciels et proposent de nombreux services de santé à qui veut, ou peut se les payer. Nombre de ces programmes sont d'un intérêt partiel voire discutable, ce qui n'empêche pas leur commercialisation, ni des levées de fonds, publics ou privés, pour leur développement.