

# TÉLÉMÉDECINE EN PSYCHIATRIE

---

**13 èmes rencontres KAP OUEST**

**Saint Malo**

**2 Avril 2015**

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

# Introduction

---

- **La télépsychiatrie** ne peut être considérée comme un substitut à la pratique psychiatrique en face à face. Elle **vient en complément** et peut **faciliter le suivi à distance des patients évalués au préalable en face à face**.
- La psychiatrie fait partie **des premières spécialités à intégrer les télécommunications dans son offre de service**, elle a pu bénéficier de recherches en ce domaine depuis plusieurs années.
- Depuis la fin des années 90, de nombreuses études ont examiné les avantages de la télépsychiatrie comparativement à la pratique en face-à-face concernant la satisfaction des intervenants et des patients, la fiabilité du diagnostic à distance et les avantages économiques.

# Plan

---

- Définition de la télépsychiatrie
- Revue de la littérature
- Place de la télépsychiatrie en France
- Psychiatrie du sujet âgé
- Projet agetelepsy

# Définition de la télépsychiatrie

---

# Définition de la télépsychiatrie

---

- L'APC (Association de Psychiatres du Canada) et l'APA (American Psychiatric Association) définissent la télépsychiatrie comme le **recours à de nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC) pour dispenser ou appuyer des activités cliniques de psychiatrie à distance.**
- La définition de la télépsychiatrie de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) met l'accent sur la capacité des NTIC de **réduire les barrières géographiques et d'améliorer l'accessibilité aux soins.**
- La télépsychiatrie se définit donc comme **l'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.**
- Site primaire (site requérant) = site où se trouve le patient
- Site secondaire (site requis) = site où se trouve le médecin

# Développement de la télépsychiatrie

---

- **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 téléconsultations et de télé-éducation autour du Nebraska Psychiatric Institute.
- **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, évite les déplacements inutiles** au patient ou au thérapeute.
- La **satisfaction du patient** semble identique à celle du face à face.

# Revue de la littérature

---

# Revue de la littérature

---

- On retrouve dans la littérature plusieurs milliers de publications concernant la télémédecine et **seulement 1072 publications concernant la télépsychiatrie, essentiellement anglo-saxonnes.**
- **Le nombre de parutions augmente chaque année depuis 1965 mais plus nettement à partir de 1995.** Elles concernent les **aspects cliniques, thérapeutiques, spécialisés, éthiques, organisationnels et techniques.**
- De nombreux articles décrivent une expérience effectuée, d'autres rapportent une évaluation et plus rarement, on retrouve des études randomisées (Massé et al., 2006; Astruc et al., 2012).



# Revue de la littérature

---

- **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** font partie des situations documentées en télépsychiatrie.
  - elle est 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.**
- L'utilisation de la télépsychiatrie pour les **injonctions thérapeutiques et les expertises judiciaires** est largement pratiquée (US vs Baker, 1995).

# Revue de la littérature

---

- **L'un des développements de ces dernières années concerne la psychiatrie pour les détenus** (National Institute of Justice, 2005).
- Exemple de télépsychiatrie en milieu pénitentiaire entre le centre médical de l'Université du Kansas et la prison d'Emporia, dans le même État.
  - 264 consultations 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 consultations a été 5 fois plus élevée que prévu, une évaluation et des soins efficaces ont pu être apportés par la visioconférence pour 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.**

# Revue de la littérature

---

- **La télépsychiatrie en psychiatrie infantjuvénile**
- Projet pilote 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 2 ans, entre 10 et 18 consultations hebdomadaires, soit plus de 1 000 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 adéquatement évalués et traités en sécurité (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.**

# Revue de la littérature

---

- **La télépsychiatrie peut être également utilisée en psychoéducation**
- Une étude (Hailey et al. en 2011) effectuée auprès de 56 aidants de personnes souffrant de schizophrénie, 35 sur le site distant et 21 sur le site délivrant le programme de psychoéducation.
  - En début de session, les participants ne différaient pas en terme de connaissance de leur maladie.
  - **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.**
- Un évaluation randomisée et contrôlée de l'utilisation d'un programme hébergé sur un site internet de psychoéducation aux troubles bipolaires (Smith et al. 2011)
  - **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 des 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).
  - Ces études comportaient des instruments d'évaluation clinique standardisée et des questionnaires de satisfaction du patient et du clinicien.
  - **Aucune différence entre les 2**
  - **La préférence des patients ou des cliniciens reste néanmoins la consultation en face à face.**

# Revue de la littérature

---

- Dans une étude canadienne (O'Reilly et al., 2007), 495 patients de l'Ontario, adressés par leur médecin de famille pour une consultation psychiatrique, ont été assignés de façon randomisée soit à l'entretien en face à face (n=254), soit à l'entretien en télépsychiatrie (n=241).
  - Les psychiatres traitants avaient la possibilité de revoir leurs patients tous les mois pendant 4 mois.
  - **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.
  - **Les scores obtenus aux échelles sont équivalents dans les 2 groupes.**
  - **Même niveau de satisfaction dans les 2 groupes.**
  - **Le coût par patient était inférieur de 10% en télépsychiatrie, comparativement à la pratique en face à face.**
  - **Les limites** de cette étude étaient la **courte durée du suivi** .
  - **Les résultats ne sont pas généralisables** à tout type d'approche thérapeutique, de groupes de patients ou de pathologies psychiatriques.

# Revue de la littérature

---

- La revue de Garcia-Lizana (et al. 2010) s'est intéressée à **l'efficacité de la télépsychiatrie dans la prise en charge des troubles mentaux** en tant que modèle de soins :
  - 620 références, 1054 patients souffrant de dépression, de troubles paniques, de PTSD, de boulimie et de schizophrénie.
  - Les auteurs estiment que la preuve d'un bénéfice clinique pour les patients est faible en télépsychiatrie.
  - **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 télépsychiatrie

## ■ 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

# Place de la télépsychiatrie en France

---

# Télépsychiatrie en France

---

- **Le faible développement de la télépsychiatrie repose sur des obstacles techniques, matériels et financiers mais aussi culturels, déontologiques, juridiques, cliniques et idéologiques.** 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 des patients pour des raisons multiples et n'est envisagée que pour pallier aux distances géographiques ou aux territoires isolés.**
- **La première expérience dans le haut pays niçois animée par le Pr Pringuey,** au 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,** bénéficie en 2002 d'une **station de visioconférence utilisée pour la télé-expertise en psychiatrie.**

# Télépsychiatrie en France

---

- **En 2002**, l'ARS Haute Normandie soutient un projet expérimental de télépsychiatrie au sein du Pays-de-Caux et du département de l'Eure (Dr Navarre).
- Dans le même département **en 2006**, suite à un appel à projets de la HAS, **un dispositif de télémédecine a d'abord été testé sur trois CMP, un appartement thérapeutique et un EHPAD. Il s'étend actuellement à 64 établissements médico-sociaux**, dont deux-tiers sont des EHPAD avec la participation de six établissements sanitaires (MCO, psychiatrie) et en partenariat avec le CHU de Rouen.
- Les premiers projets opérationnels dans les UCSA de Lannemezan et de Bois d'Arcy ont clairement amélioré la qualité des **soins délivrés aux détenus**.
  - Les enjeux éthiques et déontologiques sont majeurs, l'expansion de ce domaine est considérable.
  - 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.

# Télépsychiatrie en France

---

- Divers projets de télépsychiatrie infanto juvénile, en particulier au service de l'autisme, se mettent en place en France.
- Exemple d'un dispositif de télésanté facilitant la liaison entre le centre de ressources pour l'autisme (CRA) de Bretagne situé à Brest et un service de psychiatrie adulte de l'EPSM Morbihan (Vannes) (St André et al., 2010) assurant les soins spécialisés dans une nouvelle structure médicosociale comportant une unité pour personnes atteintes d'autisme.
  - L'objectif est de préciser le diagnostic (télé-expertise) et de favoriser l'accompagnement des résidents tout en instituant une aide à la formation des professionnels.
  - téléstaffs en psychiatrie par visioconférence entre les sites éloignés d'environ deux cents kilomètres.
  - 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.

# Télépsychiatrie en France

---

## ■ Dr Didier Robin

- EPSM St Ave, Morbihan.
- TLM insulaire avec Belle Ile en mer.

## ■ Dr Sadeq Haouzir

- CH du Rouvray, Haute Normandie.
- Téléconsultations et téléexpertises en gériopsychiatrie à destination des EHPAD depuis 2010.

## ■ Dr Bernard Astruc

- Psychiatre libéral à Paris.
- TLM avec psychologues et psychiatres à destination des patients expatriés, 2000 téléconsultations en pédopsychiatrie et psychiatrie adulte depuis 5 ans.
- Cofondateur Eutelmed .

# Enjeux

---

- La psychiatrie ne va pas se déshumaniser en utilisant les technologies nouvelles comme la télémédecine.
- Les patients seront de plus en plus confrontés à la télémédecine dans d'autres champs que la psychiatrie, comme l'atteste le développement actuel de téléconsultations dans diverses spécialités pour les patients suivis en EHPAD, et à terme dans certaines MSP.
- Cet outil ne supplantera pas la prise en charge classique en face à face puisqu'il s'agira de patients consentants déjà connus et suivis, pour qui on estime que ce type de consultations peut être un appoint.



# 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.**
- **La définition des actes de TLM a été travaillée en fonction du droit français, qui n'est pas comparable au droit des pays européens ou anglosaxons.**

# Financement

---

- Les **investissements financiers** (matériels, maintenance, abonnements) sont **importants**.
- Les établissements psychiatriques publics sont sous **dotation globale**.  
Quid du financement de la télémédecine en psychiatrie publique.
- **Le gain sur le plan financier et médical n'est pas perceptible d'emblée** mais au bout de plusieurs années.
- **LFSS 2014 article 36 : Expérimentations en cours dans 9 régions pilotes** (Haute- Normandie, Languedoc-Roussillon, Pays de Loire, Bourgogne, Picardie, Centre, Basse-Normandie, Alsace, Martinique)

# Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2014

Projet de loi déposé : 9 octobre 2013 - Publication au Journal Officiel : 24 décembre 2013

## Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2014

### Section I : dispositions relatives aux dépenses d'Assurance Maladie

#### Article 36 : expérimentation de financement d'actes de télémédecine

- ❑ autorisation d'expérimentation du **financement d'actes de télémédecine pour accélérer le déploiement de nouveaux usages de la télémédecine pour les patients pris en charge en ville ou en structures médico-sociales** (notamment les EHPAD).
- ❑ mise en place de l'expérimentation **à compter du 1er janvier 2014, pour une période de 4 ans** maximum, dans une liste de **régions pilotes** définie par arrêté, d'après un cahier des charges défini par arrêté, pilotées par les ARS.
- ❑ **évaluation de l'expérimentation par la HAS en vue d'une généralisation avec un rapport transmis au Parlement par la Ministre avant le 31 septembre 2016.**

# Psychiatrie du sujet âgé

---

# Psychiatrie du sujet âgé en EHPAD

- **Primoconsultation classique en face à face au préalable**

- Les troubles les plus représentés sont

## 1-**TROUBLES THYMIQUES , DEPRESSION** (¼ des demandes de consultations)

- avec ou sans troubles cognitifs
- dépression de novo ou troubles bipolaires
- si idées suicidaires les patients sont directement vus en consultation classique ou hospitalisés.

## 2-**TROUBLES DU COMPORTEMENT** (environ 1/2 des demandes de consultations)

- agitation, agressivité, opposition, refus d'alimentation
- avec ou sans troubles cognitifs

## 3-**DELIRE , HALLUCINATIONS** (environ ¼ des demandes de consultations)

- en lien avec troubles psychotiques, dépression, manie
- avec ou sans troubles cognitifs
- délire de novo ou troubles chez patients psychotiques vieillissants.

# Psychiatrie du sujet âgé en EHPAD

---

## Objectifs

- **Qualité de vie du patient**
- **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**  
permet de déstigmatiser les troubles psychiatriques (patients souvent craints en institution donc refus de prise en charge), de favoriser une meilleure intégration des patients souffrant de troubles psychiatriques au sein des EHPAD et leur maintien dans ces structures.

# **Projet Agetelepsy**

---



## Projet AGETELEPSY

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







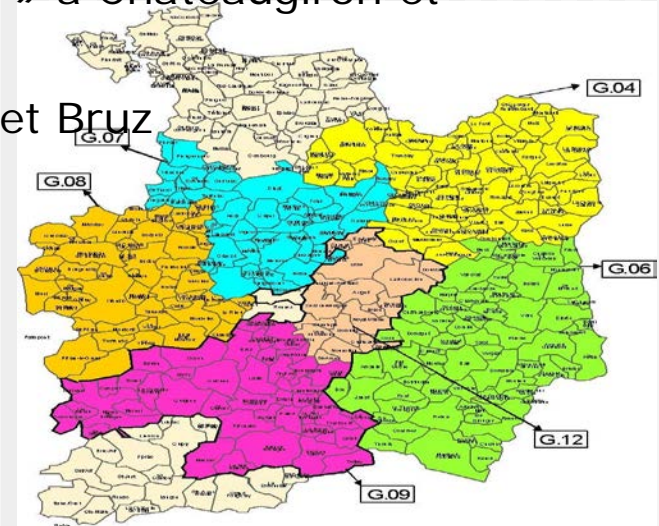
## Structures visées

① **Phase-pilote** : 4 E.H.P.A.D situés sur les secteurs du Pôle H.U de Psychiatrie Adulte

- 2 E.H.P.A.D autonomes (« *Les Jardins du Castel* » à Châteaugiron et « *Résidence Père Brottier* » à Pléchâtel)
- 2 E.H.P.A.D du C.H G. Régnier de Châteaugiron et Bruz

② **Phase expérimentale** : extension aux E.H.P.A.D des 3 secteurs de psychiatrie relevant du Pôle H.U de Psychiatrie Adulte

③ **Phase de généralisation** : proposition d'intégration dans le dispositif à tous les E.H.P.A.D des secteurs du Territoire n°5





## Objectifs

- ✓ **Eviter de déplacer des personnes fragiles**, qui souvent sont affaiblies et perturbées par une visite à l'hôpital,
- ✓ Assurer la meilleure prise en charge de ces patients dans leur **lieu de vie**, à tout moment, 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**, car la mise en place des téléconsultations peut aider les professionnels de santé à gagner en compétences, et à acquérir de l'assurance dans certaines situations,
- ✓ **Optimiser le temps médical et soignant**,
- ✓ Réduire les **coûts** par rapport à une prise en charge classique.



## Tests réalisés

- **Patients déjà suivis en cs classique et se déplaçant en vsI**
- **Plages de téléconsultations dédiées**
- **Si pas de tlc ou tlx possibles, patients vus en cs classique**
- **Nb de patients pris en charge = 11**
- **Moyenne d'age = 77.2 ans**
- **Sex ratio = 9 femmes et 2 hommes**
- **Tous diagnostics confondus**



## Tests réalisés

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



## Premières tlc sur la plateforme Sterenn

le 10 Mars 2015

**Sur le plan technique,**  
avis patients, ide gerontopsy et  
psychiatre :

• **Son et image très bons**, « on oublie la technique », « comme si on était en face à face », la caméra avait été placée par l'ide et le psychiatre de telle façon que l'on avait « l'impression d'être en consultation classique »

• **Équipement facile d'utilisation**

• **Discussion plus fluide**, très peu de décalage dans le discours.

***Coté EHPAD***

- Casque pour le patient, bien toléré lors de ces consultations mais possibilité de refus.
- Pb de connexion des casques annexes et de batterie.

***Coté CHGR***

Excellente qualité sonore avec micro au plafond

# Conclusion

---

# Conclusion

---

- **Patients confrontés de plus à plus à la télémédecine toutes spécialités confondues.**
- **La télémédecine en psychiatrie**
  - **outil supplémentaire dans les soins proposés aux patients**
  - **complément de la prise en charge classique**