|  |  |
| --- | --- |
|  | The British Journal of Psychiatry (2022)220, 257–261. doi: 10.1192/bjp.2021.224 |



**La télépsychiatrie : apprendre de la pandémie**

La télépsychiatrie est la prestation de services psychiatriques et de santé mentale grâce aux technologies audio-visuelles. Avant la pandémie, la recherche suggérait que les consultations vidéo en directe étaient sûres et efficaces pour certains patients souffrant de dépression, d'anxiété, d'autisme, de psychose, de gérontopsychiatrie, de besoins en santé mentale des enfants et des adolescents, d'intervention en cas de catastrophe, de psychothérapie et de certains services médico-légaux.

Des efforts pour créer des conseils et évaluer systématiquement la qualité des services avaient commencé. Cependant, en dehors du cadre de la recherche, l'utilisation courante de la télépsychiatrie était lente avant la pandémie et limitée par les préoccupations des cliniciens concernant la réglementation, l'autorisation d'exercer et l'accréditation, la vie privée des patients, la sécurité, la logistique de la gestion des crises de santé mentale et les préoccupations concernant la qualité des soins.

 La pandémie a créé une forte impulsion politique pour développer et étendre ces services. Les méthodes de consensus rapide ont produit des conseils préliminaires utiles pour la mise en place et la gestion de services de télépsychiatrie en cas de pandémie. De nombreux patients et cliniciens ont eu leur première téléconsultation pendant la pandémie.

Cet article résume les défis de la télépsychiatrie, ainsi même si l’infrastructure de base est établie, la question de savoir si une consultation de télépsychiatrie est appropriée pour un patient individuel nécessite une évaluation au cas par cas du patient, de son domicile et de son contexte familial, de son état et de la relation clinique.

**Plusieurs domaines à considérer dans un service de télépsychiatrie :**

Le contexte du système : besoin clinique, impulsion politique et feu vert réglementaire : psychiatrie. Un besoin clinique élevé de services de santé mentale s'est produit dans le contexte du besoin urgent de minimiser les rencontres en personne. L'assouplissement des contraintes réglementaires a entraîné une augmentation spectaculaire de l'adoption des modèles de télépsychiatrie. Ce contexte systémique très positif est généralement décrit comme ayant produit, en temps de crise, un accès relativement bon aux services de santé mentale.

**Le domaine organisationnel : workflows et « patient virtuel » :** Les services cliniques qui ont introduit des formes de consultation à distance et à la hâte sont désormais confrontés au défi de savoir comment les aligner sur les services traditionnels en face à face d'une manière qui soutient l'excellence clinique et la qualité des soins dans un contexte de statu quo. La protection des patients et le respect des normes éthiques et réglementaires revêtent une importance particulière pour les services de santé mentale. Ces changements peuvent nécessiter non seulement une refonte des flux de travail cliniques et administratifs, mais également des politiques de gestion des risques et de gouvernance qui les sous-tendent. Que le patient soit vu en face à face ou à distance, une coordination doit se faire pour s'assurer qu'un rendez-vous est envoyé, que le dossier médical est mis à la disposition du clinicien, que le patient se présente au bon moment dans la bonne salle d'attente, et les tâches « administratives » sont effectuées par la suite. Un travail considérable est généralement nécessaire pour aligner toutes ces routines administratives, pour accueillir et maintenir l'utilisation des consultations vidéo à grande échelle. Un défi important à cet égard est la gestion de la présence virtuelle du patient.

Les technologies et l'infrastructure sur laquelle elles fonctionnent : La pandémie a entraîné un développement rapide de technologies sur mesure pour le conseil vidéo, qui étaient beaucoup plus intuitives et conviviales que les générations précédentes. La fiabilité de base est préférable aux fonctionnalités avancées, et les décisions d'investissement pour des technologies et des plates-formes particulières doivent tenir compte de la manière dont la conception est liée aux capacités (par exemple, le fonctionnement cognitif, les niveaux d'anxiété), les préférences et configuration numérique (par exemple, connexion à large bande, paquet de données) des patients et des cliniciens. Des plans d'urgence sont nécessaires en cas de défaillances techniques (par exemple, le téléphone).

Le domaine du personnel : accueil, bien-être et formation : La plupart des technologies dans le domaine de la santé échouent parce que les cliniciens ne les utilisent pas. La littérature de recherche montre que les cliniciens sont extrêmement motivés par les normes d'excellence professionnelle, et la principale raison pour laquelle ils n'adoptent pas les technologies est l'inquiétude concernant les compromis potentiels à la qualité et à la sécurité des soins.

 Former les cliniciens à utiliser les technologies vidéo est important, mais si l'adoption et l'utilisation généralisées et soutenues de la télépsychiatrie sont l'objectif, une attention particulière doit également être accordée aux préoccupations professionnelles concernant la qualité de la consultation (par exemple, la nécessité de voir l'ensemble du patient et pas seulement sa tête et son torse), le risque, la sécurité, la confidentialité et l'équité. Ces préoccupations doivent être considérées à la fois au niveau des lignes directrices cliniques et sur une base individuelle, au cas par cas. D'autres peuvent devenir stressés, épuisés et démoralisés lorsqu'ils travaillent à distance, en partie parce que les consultations à distance sont plus exigeantes sur le plan cognitif et en partie parce qu'ils peuvent avoir moins de possibilités de formation clinique et de mentorat dont ils ont besoin. Par conséquent, la volonté politique d'étendre la télépsychiatrie pour des raisons d'efficacité doit être tempérée par les besoins, les préférences et les préoccupations de la main-d'œuvre.

**La raison de consulter : à travers 3 cas clinique fictifs :**

Dans le cas 1, une consultation vidéo pour un patient avec un trouble autistique semble appropriée, pour plusieurs raisons. Il possède déjà des connaissances numériques et son domicile dispose d'une connexion haut débit et de matériel informatique adaptés. Il a précédemment exprimé une préférence pour les consultations à distance et en a l'expérience. Il dispose d'un espace privé à partir duquel se connecter. Un clinicien formé a établi qu'il n'appartient pas à une catégorie à haut risque.

Dans le cas 2 du trouble bipolaire, il existe des raisons cliniques, sociales et techniques pour lesquelles une consultation vidéo peut ne pas être le meilleur choix. La suspicion de manie n'est pas facilement évaluée par téléphone, la patiente est peu coopérative et peu susceptible de s'engager, elle peut exiger des mesures de détention légales.

Le cas 3 du sujet agé illustre les défis complexes des patients psychogériatriques institutionnalisés. Ce patient a clairement besoin d'une évaluation clinique et psychiatrique complète ainsi que d'un examen somatique. Il se peut qu'une consultation vidéo puisse être tentée dans un premier temps, mais étendue à une évaluation en face à face si elle s'avère cliniquement, socialement ou techniquement insuffisante.

**Le patient : capacité, comorbidités et préférences**

La décision d'une télépsychiatrie doit tenir compte des capacités et capacités du patient (par exemple, maîtrise de l'anglais, troubles sensoriels ou cognitifs, capacité à consentir), ainsi que de ses comorbidités, et examiner comment tout cela peut influencer les plans d'urgence et d'autres risques stratégies de gestion.

**Le foyer et la famille : accompagnement, enjeux structurels et inclusion numérique**

La consultation à domicile peut être possible et préférable, mais le patient peut ne pas avoir de domicile. Il peut y avoir des limitations physiques (par exemple, le manque d'espace privé et calme), techniques (manque de technologies numériques ou d'infrastructure pour les faire fonctionner) ou psychosociales (distraction, coercition, violence). Les patients atteints de troubles mentaux peuvent être confrontés à de multiples dangers, par exemple la pauvreté, un logement insalubre, des réseaux sociaux faibles, un stress psychologique (par exemple, la peur du crime) et une discordance linguistique et culturelle

**La relation clinique**

Certains auteurs ont fait valoir que l'alliance thérapeutique obtenue par vidéo pendant la pandémie était comparable à celle des rencontres en personne. Par exemple, la vidéo peut permettre au clinicien d'être témoin de certaines des circonstances de vie décrites par le patient lors de ses séances, fournir un espace confortable pour s'engager dans des exercices de relaxation et faciliter l'engagement et les activités ludiques avec les enfants. Le format vidéo peut même constituer un format privilégié pour l'alliance thérapeutique ; par exemple, pour ceux qui souffrent de troubles de l'humeur et d'évitement interpersonnel qui peuvent trouver le contact étroit écrasant.

**Conclusion**

Il y a de bonnes raisons d'être optimiste quant au potentiel de la télépsychiatrie chez la plupart des patients. Il sera important d'évaluer la satisfaction et le confort des patients et du personnel avec les modèles de télépsychiatrie au fil du temps, car une familiarité croissante peut conduire à une confiance et une acceptation accrues. Il est important que les praticiens exploitent et partagent les connaissances sur les approches efficaces à travers des communautés de pratique, produire des règles empiriques sur ce qui est généralement sûr et s'engager avec des organismes professionnels pour développer des conduites de bonne pratique clinique.

**Dr Laaraj Hicham**

**Service de psychiatrie**

**CHU Souss Massa. Agadir**

**Mai 2022**