

# Télépsychiatrie : quelle distance ?

Il n'avait plus à serrer la main. Non qu'à force de rencontrer tant de malades, il ne les supportât plus, c'était juste ce contact qui le répugnait lorsqu'il laissait libre cours à son imagination. Ce soulagement lui apparaissait capital, mais son entourage ne le savait pas. Eux, ils remarquaient l'exotisme que cette délocalisation apportait, le confort, la vie facile que permettait son salaire de praticien sous ce soleil qui illuminait une contrée en voie de développement. Sa fonction : télépsychiatre des hôpitaux.

La journée s'annonçait belle, il posa les yeux sur le paysage dont les photos étaient affichées dans les couloirs du métro pour faire rêver les travailleurs se levant tôt, se dirigeant vers des tâches répétitives et débilitantes, hommes et femmes que peut-être il verrait dans quelques mois en consultation, *burn out* et dépression aidant. Il se laissa aller à songer et revit les principales étapes l'ayant emmené jusque-là.

Les psychothérapeutes avaient toujours utilisé les techniques modernes de communication. Entretiens par téléphone, Minitel puis Internet, facilités par les cartes bancaires permettant un règlement sûr au thérapeute, se multipliaient. À ceux-là ne manquait pas l'image. Une plus grande souplesse pour accéder aux "soins", le client pouvait les contacter de son bureau, de sa voiture, pour bénéficier d'un soutien ou d'un conseil. Plus que de réelles thérapies, il s'agissait d'un coaching à distance plus ou moins personnalisé. Il lui était déjà arrivé autrefois de consulter par téléphone, des patients l'appelant lorsqu'ils allaient mal, et, ne pouvant les recevoir rapidement, il tentait de résoudre la crise directement. Mais c'étaient le plus souvent des malades qu'il connaissait bien et, rien qu'au ton de leur voix, il pouvait les imaginer sans avoir besoin de les voir.

Au début des années 1980, quand il avait passé son internat, le vrai, celui de psychiatrie, pour ceux qui savaient écrire, pas comme maintenant où il suffit de cocher des cases de QCM, l'épreuve, dans une ville méditerranéenne, consistait à répondre aux questions après l'examen de la vidéo d'un patient... Un signe du destin ? Certes, il ne s'agissait pas là encore de télépsychiatrie, ni de télé-médecine, même si cette dernière existait déjà. En effet, si l'on peut considérer que les premières consultations en direct à distance ont suivi l'invention du téléphone, les premières utilisations associant l'image ont été la transmission d'ECG par ce même réseau dont on trouve trace dès 1965. Au début des années soixante, l'Institut de psychiatrie du Nebraska, état peu dense, organisait des programmes de téléconsultation et de télé-éducation. Les progrès de communication et l'arrivée d'Internet ont permis de multiples applications, des plus spectaculaires, comme la téléchirurgie avec des opérations exceptionnelles utilisant des robots télécommandés à grande distance, ou bien d'autres devenues plus routinières, comme les visioconférences ou la télé-imagerie. Des scanners cérébraux étaient transférés aux neurochirurgiens qui pouvaient prendre la décision d'une intervention en urgence ou éviter un déplacement inutile à un patient fragilisé. Si certains parlent d'e-santé ou dd'e-s@nté, ce qui ne veut rien dire, l'OMS avait reconnu ces avancées puisqu'elle avait défini le terme de télématique de santé qui "désigne les activités, services et systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication, pour des besoins planétaires de promotion de la santé, des soins et du contrôle des épidémies, de gestion et de recherche appliquées à la santé"(cit. in Kannas, Massé, 2006, p. 1).

La France n'était pas en reste, avec l'Institut européen de télé-médecine créé en 1989 à Toulouse par le Pr Louis Lareng, par ailleurs fondateur du premier SAMU en 1968. Grâce à ce dernier et à d'autres praticiens, de multiples expériences avaient été menées et officialisées par un avis du Conseil économique et social du 10 avril 2002 (où la maladie mentale était oubliée), avis repris par l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, puis dans la Loi de

finances de 2005, où la psychiatrie revenait avec une expérimentation prévue dans l'Eure, département sinistré pour cette spécialité malgré sa proximité avec la région parisienne, ses attraits touristiques et gastronomiques. Déjà, en 2001, huit patients de Tende, commune isolée des Alpes-Maritimes, avaient été suivis par un psychiatre du CHU de Nice, solution choisie à l'époque pour des questions de distance et de temps de transport sur des routes montagneuses. Mais le motif principal du développement de ces prises en charge fut la démographie médicale. En effet, notre pays, s'il étatisait le nombre de praticiens, laissait libre leur installation, ce qui pouvait apparaître contradictoire à quiconque de sensé... Cela obligeait à offrir beaucoup pour que l'on s'installe dans les régions désertées sans pour autant assurer une grande qualité de soin. Par exemple, les progrès de la télé-imagerie et le manque de radiologues dans les hôpitaux publics avaient amené certains de ces derniers à délocaliser l'interprétation des clichés, transmis à distance. Des officines spécialisées s'étaient créées, difficiles à contrôler. En effet, comment savoir qui examinait les images devant l'écran ? S'agissait-il du praticien indiqué ou d'un médecin d'un pays dont les diplômes n'étaient pas reconnus, travaillant à la chaîne, supervisé vaguement par le titulaire ? Il était malaisé de répondre à cette question et les tutelles évitaient de le faire pour ne pas ajouter aux soucis des hôpitaux locaux.

L'idée fut donc d'obliger les spécialistes des régions favorisées à consulter, ce qui leur laissait leur privilège. Pour la psychiatrie, il y eut quelques réticences à vaincre. D'abord, comme lorsqu'on avait proposé la surveillance vidéo des chambres d'isolement, l'argument "ça va les faire délirer" fut avancé. Cela pouvait sous-entendre que le délire ou ses causes étaient extérieurs au malade, ce qui semble peu probable. De fait, les études avaient montré que ce n'était pas le cas. De plus, même si cela peut paraître étonnant, des patients avaient préféré les échanges virtuels. Peut-être se sentaient-ils plus en sécurité, comme le psychiatre, d'ailleurs, qui pouvait ainsi mener son entretien de manière plus détendue.

Et c'est ainsi que les consultations dans les CMP bénéficièrent de cette technologie. Au début, il avait été demandé que les premiers contacts soient réels, mais l'on s'aperçut vite que cela n'était pas nécessaire et que donc le praticien n'était pas obligé de se déplacer. Le système montrant son efficacité, ce type de prise en charge fut étendu aux urgences puis aux patients hospitalisés. Là, bien sûr, il fallait la présence d'un infirmier avec le patient pour intervenir si besoin. On pouvait objecter au thérapeute distant qu'il lui manquait l'animation des groupes, mais les psychologues pouvaient s'en charger, et les examens physiques, mais depuis longtemps les internes et faisant-fonction s'en occupaient. Plus difficile, restait l'entretien avec l'isolé, l'aliéné, le clinophile ainsi que l'observation du quotidien. Pour cela on envisageait de placer des caméras partout, cette idée étant banalisée par la vidéosurveillance omniprésente maintenant dans nos contrées et bien supportée par une population conditionnée à cette sécurité par les émissions de télé-réalité.

Onze heures sur l'île, sa journée allait commencer, le décalage horaire lui permettant enfin un rythme de travail accordé à ses horloges internes et de passer les heures les plus chaudes dans cet univers climatisé. Se préparant à la visioconférence avec l'équipe hospitalière lointaine, il se dit qu'il n'y avait pas que la poignée de main, mais aussi, parfois, l'odeur.