



HAL
open science

Urgences psychiatriques en téléconsultation, aspects juridiques et pratiques

Marion Eck, Valériane Dujardin-Lascaux, Lina Williatte-Pellitteri, Thomas Fovet

► **To cite this version:**

Marion Eck, Valériane Dujardin-Lascaux, Lina Williatte-Pellitteri, Thomas Fovet. Urgences psychiatriques en téléconsultation, aspects juridiques et pratiques. *Soins Psychiatrie*, 2021, 42 (337), pp.35-41. 10.1016/j.spsy.2021.10.008 . hal-03768921

HAL Id: hal-03768921

<https://hal.science/hal-03768921v1>

Submitted on 8 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Dohead dossier

Sous-dohead L'accès aux soins en psychiatrie

Surtitre cadre légal

Urgences psychiatriques en téléconsultation : aspects juridiques et pratiques

Marion Eck^{a,b,*}

Psychiatre

Valériane Dujardin-Lascaux^c

Juriste

Lina Williatte-Pellitteri^{d,e}

Professeur de droit, avocat au barreau de Lille

Thomas Fovet^{a,f}

Psychiatre

^a Université de Lille, Inserm, U1172 – Lille Neurosciences & Cognition (LilNCog), CHU Lille, 2 avenue Oscar-Lambret, 59000 Lille, France

^b Unité hospitalière spécialement aménagée, 10 chemin du Bois-de-l'Hôpital, 59113 Seclin, France

^c EPSM Lille-Métropole, 104 rue du Général-Leclerc, 59280 Armentières, France

^d Université catholique de Lille, C3RD, 60 boulevard Vauban, 59016 Lille cedex, France

^e Cabinet WT Avocats, 26 rue du Pont-Neuf, 59000 Lille, France

^f Centre national de ressources et de résilience Lille-Paris, 103 boulevard de la Liberté, 59000 Lille, France

** Auteur correspondant.*

Adresse e-mail : marion.eck@chru-lille.fr (M. Eck).

Résumé

Dans le contexte de pandémie de Covid-19, la téléconsultation constitue une solution évidente, en psychiatrie, pour assurer la continuité des soins et en faciliter l'accès. La digitalisation des pratiques ambulatoires suscite toutefois un certain nombre de réserves, en particulier sur la gestion, à distance, des urgences psychiatriques. Ces situations, par les aspects spécifiques qu'elles recouvrent, viennent en effet bousculer textes et recommandations de bonne pratique en matière de téléconsultation. Ainsi, les questions de l'éligibilité des personnes souffrant de troubles psychiatriques à la téléconsultation, de l'identification d'un risque auto- ou hétéro-agressif immédiat en téléconsultation et de l'instauration d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement à l'issue d'une téléconsultation nécessitent une réflexion spécifique afin de permettre au praticien une anticipation et une gestion optimale.

© 2021

Mots clés – Covid-19 ; risque ; soin sans consentement ; suicide ; télé médecine ; violence

Summary à venir

© 2021

Keywords à venir

En France, la télé médecine est définie pour la première fois en 2009 par la loi “Hôpital, patients, santé et territoires” (dite loi HSPT). Il s’agit d’une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l’information et de la communication (TIC)* » (article L6316-1 du Code de la santé publique [CSP] [1]) pour laquelle cinq actes sont définis (*encadré 1*). En particulier, la téléconsultation est un acte médical permettant la mise en relation, à distance, d’un professionnel médical téléconsultant et d’un usager du système de soins [2].

La pandémie de Covid-19 et les impératifs de distanciation physique qui y sont associés bouleversent les habitudes des professionnels de santé [3]. L’Assurance maladie rapporte notamment une augmentation considérable du nombre de téléconsultations : de 40 000 actes par mois avant la crise sanitaire à 4,5 millions durant le mois d’avril 2020 [3]. Après une diminution progressive pendant l’été, le nombre d’actes augmente de nouveau avec le second confinement mis en place à la fin du mois d’octobre 2020. Alors que la téléconsultation constituait jusque-là une pratique d’appoint, elle apparaît désormais dans le monde entier comme une alternative indispensable à la consultation en présence afin de limiter la propagation du virus [4].

Comme tous les professionnels, les psychiatres sont contraints de s’adapter face à la pandémie de Covid-19 [5,6]. La téléconsultation constitue une solution évidente, en psychiatrie, pour assurer la continuité des soins et en faciliter l’accès. Elle s’adresse aux usagers déjà suivis, ainsi qu’à celles et ceux dont la santé mentale est fragilisée par la pandémie et les contraintes instaurées dans le cadre de l’urgence sanitaire [7-9]. Malgré le précieux recours qu’elle constitue en cette période, la téléconsultation en psychiatrie suscite un certain nombre de réserves et questionnements. Parmi les principales craintes mises en avant, on retrouve notamment le manque de fiabilité de l’évaluation clinique dans le cadre de la téléconsultation, ou l’éventuelle détérioration de la relation médecin-malade. D’autres appréhensions, accentuées par la rapidité avec laquelle s’opère l’essor de la téléconsultation, et surtout la connaissance limitée des outils numériques et de la réglementation par les professionnels de la santé mentale, concernent plus particulièrement la gestion, à distance, des urgences psychiatriques.

En pratique de soins ambulatoires, il n’est pas rare que le psychiatre identifie chez l’usager un risque auto- ou hétéro-agressif, ou repère des troubles mentaux justifiant de soins psychiatriques sans consentement. La gestion de ces urgences psychiatriques préhospitalières fait l’objet de vifs débats au sein des professionnels de la santé mentale [10], mais n’a jamais

été abordée sous l'angle de la télémédecine. Pourtant, avec l'augmentation rapide du nombre d'actes de téléconsultation, les psychiatres (mais aussi tous les spécialistes prenant en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques) ne manqueront pas d'être confrontés à ces situations cliniques à distance.

Nous proposons une mise au point sur les aspects juridiques et pratiques découlant de ces situations d'urgences psychiatriques vidéotransmises.

T1 Cadre juridique et déontologique de la téléconsultation en psychiatrie

Les actes de téléconsultation doivent répondre à un certain nombre de conditions réglementaires et déontologiques, et obéir à des règles de bonnes pratiques. La *figure 1* reprend l'ensemble des critères de qualité et de sécurité définis en 2019 par la Haute Autorité de santé [11].

T2 Cadre juridique

Le cadre juridique concerne les exigences légales de la téléconsultation et sa prise en charge par l'Assurance maladie.

T3 Conditions à respecter pour une téléconsultation conforme aux exigences légales

Selon l'article L6316-1 du CSP [1], la télémédecine suppose nécessairement la présence d'un professionnel médical : médecin, chirurgien-dentiste, ou sage-femme. En cela, la télémédecine se distingue du télésoin prévu à l'article L6316-2 du CSP [12], et qui permet la prise en charge des usagers à distance par des pharmaciens et des auxiliaires médicaux. Une attention toute particulière doit être portée au choix de l'outil qui va permettre de réaliser l'acte de télémédecine (précisons que les arrêtés prévoient un forfait de structure dédié à l'équipement de vidéotransmission de 350 euros, ainsi qu'un forfait complémentaire de 150 euros pour l'acquisition de certains dispositifs connectés). Le télémedecin doit être attentif à ce que cet outil permette une connexion sécurisée et fiable, propose une messagerie sécurisée pour communiquer par écrit avec l'utilisateur ou des collègues et garantisse la traçabilité de la facturation des actes réalisés. Les données générées par la téléconsultation doivent être traitées conformément aux lois sur la protection des données (loi n° 78-17 informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 [13], loi pour une République numérique 2016 [14], Règlement général sur la protection des données 2016 [15] opposable en 2018, loi du 20 juin 2018 [16], décret du 1^{er} août 2018 [17], ordonnance de réécriture n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 [18], décret n° 2019-536 du 29 mai 2019 [19]) et stockées de manière sécurisée (hébergement sur un "Hébergeur de données de santé" – HDS certifié). L'ensemble doit être proposé dans des conditions respectueuses des référentiels de sécurité et d'interopérabilité concernant la transmission et les échanges de données. Il appartient également au télémedecin de veiller à ce que l'utilisateur dispose du matériel nécessaire pour procéder à la visioconférence et d'une connexion internet de bonne qualité. D'après l'article L1111-2 du CSP [20], les actes de télémédecine en tant qu'actes de soins doivent être réalisés avec le consentement libre et éclairé de l'utilisateur (sauf en cas d'urgence ou de trouble gênant l'expression du consentement [21]). Ce consentement suppose une

information préalable portant sur ce qu'implique la prise en charge par télémedecine en comparaison à une prise en charge classique. L'utilisateur doit être informé du procédé de télémedecine mis en place, de l'identité et la qualité du ou des professionnels qui participent à sa prise en charge, de la confidentialité des échanges et des moyens mis en œuvre pour garantir ce droit, et de l'identité du tiers technologique (fournisseur du dispositif médical utilisé pour réaliser l'acte de télémedecine, opérateur ou hébergeur de données de santé). L'article R6316-3 [22] exige que l'acte de télémedecine soit réalisé dans des conditions qui garantissent l'authentification des professionnels et l'identification de l'utilisateur. Si besoin, l'utilisateur devra être formé et préparé à l'utilisation du dispositif de télémedecine. Les organismes avec une activité de télémedecine doivent aussi s'assurer que les professionnels de santé ont les compétences techniques requises pour utiliser de tels dispositifs (article R6316-9 du CSP [23]). Une fois réalisé, l'acte de télémedecine doit donner lieu à un compte rendu inscrit dans le dossier médical de l'utilisateur [24] (article R6316-9 du CSP [23]). Notons enfin que depuis l'entrée en vigueur du décret du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des actes de télémedecine [25], la mise en place d'une activité de télémedecine n'est plus soumise à contrat avec l'agence régionale de santé (ARS). Ce contrat, instauré en 2010, était un moyen pour les ARS de vérifier que les conditions réglementaires étaient respectées pour le déploiement de l'activité de télémedecine, mais surtout que celle-ci répondait à un besoin de santé du territoire. Cette exigence étant supprimée, elle n'efface pas pour autant la nécessité de justifier toute activité de télémedecine *via* l'identification du besoin de santé auquel elle entend répondre.

T3 Conditions de prise en charge par l'Assurance maladie de l'acte de téléconsultation médicale

Pour être pris en charge par l'Assurance maladie, l'acte doit être proposé dans le respect du parcours de soins coordonnés. Pour rappel, celui-ci impose à chaque assuré âgé de plus de 16 ans de désigner un médecin traitant avant de consulter un autre spécialiste pour bénéficier d'un remboursement à taux plein, sauf dans certaines situations. En effet, la télémedecine n'a pas vocation à remplacer la consultation en présence ; elle a été pensée pour pallier les déserts médicaux, aider les professionnels de santé à améliorer la prise en charge des usagers, et favoriser l'accès aux soins. En cela, elle ne peut avoir pour effet de désorganiser le système de santé. Pour s'en garantir, les arrêtés d'août 2018 (arrêté du 1^{er} août 2018 [26] portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, et arrêté du 16 août 2018 [27] complétant l'annexe de l'arrêté du 1^{er} août 2018) font du médecin traitant un "chef d'orchestre" qui peut décider de recourir à la téléconsultation pour un usager qu'il suit habituellement ou qu'il a déjà eu l'occasion de rencontrer, ou décider d'orienter l'utilisateur vers un médecin téléconsultant quand la téléconsultation n'est pas réalisée avec lui. Les arrêtés ouvrent plus globalement la téléconsultation à tout médecin exerçant une activité libérale conventionnée, quels que soient son secteur d'exercice et sa spécialité médicale. Dès lors qu'elles sont proposées dans le respect du parcours de soins coordonnés, les téléconsultations réalisées par les médecins salariés des établissements de santé dans le cadre des consultations externes et les médecins salariés des centres de santé sont également prises en charge par l'Assurance maladie.

L'accès à la téléconsultation hors parcours de soins coordonné est également prévu. Il concerne les usagers mineurs de moins de 16 ans, les spécialités médicales accessibles directement (gynécologie, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie orale ou chirurgie maxillo-faciale, psychiatrie pour les usagers âgés de 16 à 25 ans, et pédiatrie), les usagers qui ne disposent pas de médecin traitant désigné ou dont le médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec leur état de santé, les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ou encore les personnes détenues. Ces dérogations s'appliquent également en cas d'urgence, c'est-à-dire en cas de « *situation non prévue plus de 8 heures auparavant et qui concerne une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin* » (article R160-6 du Code de la Sécurité sociale [28]). Dans ces cas, le médecin téléconsultant n'a pas nécessairement à être connu de l'utilisateur, mais le recours à la téléconsultation doit tout de même être assuré dans le cadre de l'organisation territoriale : Communautés professionnelles territoriales de santé, Équipes de soins primaires, Maisons de soins pluriprofessionnelles, Centre de santé, ou toute autre organisation territoriale qui propose une réponse en télé-médecine coordonnée et ouverte aux professionnels de santé du territoire. En tout état de cause, le télé-médecin ainsi sollicité doit établir un compte rendu de la téléconsultation dont il garde un exemplaire, et doit en transmettre un au médecin traitant ou à celui ayant sollicité l'acte.

La téléconsultation est facturée par le médecin téléconsultant au même tarif qu'une consultation en présence, et les majorations peuvent s'y ajouter dans les mêmes conditions. Il est prévu que le recours à la téléconsultation s'effectue en alternance avec des consultations en présence. Cette volonté de favoriser le maintien du contact physique ou visuel, bien que dématérialisé, se retrouve également dans la condition de vidéotransmission. En effet, seules les téléconsultations réalisées par visioconférence sont reconnues par l'Assurance maladie comme ouvrant droit au remboursement ; en sont donc exclues les téléconsultations par voie téléphonique et avec elles les plateformes de téléconseil médical phonique.

T3 Dérogations liées au contexte de pandémie de Covid-19

L'un des premiers textes dérogeant au droit commun est le décret du 9 mars 2020 [29], suivi par d'autres¹. Ce décret édicte clairement les conditions dérogatoires permettant la prise en charge par l'Assurance maladie de la téléconsultation : l'utilisateur doit être infecté par le *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* ou suspecté de l'être, souffrir d'une affection de longue durée, être âgé de plus de 70 ans, être une femme enceinte, ou résider dans une zone blanche (c'est-à-dire une zone non desservie par un réseau de téléphonie mobile ou par Internet).

Dans ces conditions, seulement :

- la téléconsultation peut ne pas être réalisée par le médecin traitant de l'utilisateur ;
- la téléconsultation peut être réalisée par un médecin qui ne connaît pas l'utilisateur, sans orientation par son médecin traitant ;
- la téléconsultation peut être réalisée par n'importe quels moyens technologiques pour réaliser une vidéotransmission. Le texte précise à cet effet : lieu dédié équipé, mais aussi site

ou application sécurisé *via* un ordinateur, tablette, smartphone équipé d'une webcam et relié à Internet.

Lesdites dérogations n'ont pas vocation, à ce jour, à être pérennisées.

T2 Cadre déontologique de la téléconsultation en psychiatrie

La téléconsultation constitue un *acte médical*. À ce titre, toutes les règles déontologiques s'y appliquent.

T3 Recommandations actuelles sur la téléconsultation en psychiatrie

Il revient en particulier au médecin de décider de la pertinence du recours à la téléconsultation (« *l'exercice de la médecine est personnel, chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes* » [30]). Certains critères d'éligibilité sont évidents : l'utilisateur ne doit pas avoir de problèmes de vue ou d'audition ; il doit savoir se servir des technologies de l'information et de la communication et il doit avoir un téléphone portable, une tablette ou un ordinateur, avec un accès internet haut débit.

Toutefois, cette question de l'éligibilité des usagers pose un certain nombre de questions dans le champ de la psychiatrie. Pour la Haute Autorité de santé, « *la capacité du patient à bénéficier d'une téléconsultation est prise en compte : état cognitif, état psychique, état physique* » [11]. Les recommandations québécoises de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé indiquent que « *les patients violents, instables ou impulsifs ; les patients présentant un risque de suicide immédiat ou une dangerosité immédiate ; les patients présentant une symptomatologie mentale particulière pouvant être exacerbée par l'utilisation d'une technologie de télécommunications (par exemple, un patient [souffrant de schizophrénie] ayant des hallucinations)* » doivent être considérés comme présentant des contre-indications relatives à la télépsychiatrie [31]. Les recommandations américaines vont dans le même sens : avant la téléconsultation, le psychiatre doit prendre en considération certains facteurs comme « *les capacités cognitives du patient, son degré d'adhésion aux soins, la présence de conduites addictives présentes ou passées, et ses antécédents de violence ou de comportements autoagressifs* » [32].

T3 Épineuse question de l'éligibilité des usagers à la téléconsultation pour urgence psychiatrique

Les situations d'urgences psychiatriques, du fait des aspects spécifiques qu'elles recouvrent, viennent bousculer textes et recommandations de bonne pratique en matière de téléconsultation. En particulier, la question de l'éligibilité des personnes souffrant de troubles psychiatriques nécessite une réflexion spécifique.

D'après les recommandations actuelles, les usagers représentant un danger pour eux-mêmes ou pour autrui, les personnes présentant des idées délirantes, ainsi que celles et ceux souffrant de difficultés cognitives sont difficilement éligibles à la téléconsultation. Ceci pose d'importantes questions pratiques en psychiatrie. D'abord, il est important de noter que les situations qui devraient "exclure" l'utilisation de la téléconsultation chez un usager ne sont

pas toujours identifiables en amont. La mise en évidence d'un risque auto- ou hétéro-agressif au cours d'une consultation de suivi, par exemple, n'est pas toujours prévisible. Ce type de situation peut donc survenir au cours de prises en charge pour lesquelles les critères d'éligibilité à la téléconsultation étaient initialement retrouvés.

Ensuite, ces contre-indications relatives caractérisent globalement les usagers les plus à risque de rupture thérapeutique. Il apparaît ainsi paradoxal d'exclure ces usagers pour qui, justement, le recours à la téléconsultation semble constituer un outil précieux afin de maintenir la prise en charge ambulatoire [33]. Cela est d'autant plus vrai dans le contexte actuel de pandémie de Covid-19, qui est une période à risque majeur de décompensation de troubles psychiatriques liée au stress pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères.

Au total, ces recommandations confrontent le psychiatre à un dilemme éthique : exclure du dispositif de téléconsultation les personnes présentant les troubles les plus sévères, ou les inclure et favoriser la continuité des soins au risque de se retrouver dans des situations d'urgence potentiellement problématiques.

T1 Situations d'urgences psychiatriques en téléconsultation

Dans le but de trouver un juste équilibre entre ces deux tendances, nous présentons quelques clés pratiques pour faire face aux situations d'urgence les plus fréquentes : l'identification d'un risque auto- ou hétéro-agressif immédiat en téléconsultation et l'instauration d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement à l'issue d'une téléconsultation.

T2 Risque auto- ou hétéro-agressif immédiat en téléconsultation

La violence hétéro-agressive ne caractérise aucun trouble psychiatrique. Elle peut toutefois s'exprimer chez certains usagers, dans des conditions spécifiques et à certains moments de l'évolution du ou des troubles [34]. Le risque hétéro-agressif ne doit donc être ni banalisé ni exagéré en psychiatrie, mais doit faire l'objet d'une évaluation clinique régulière et rigoureuse, prenant en compte des facteurs de risque généraux et spécifiques [34].

L'évaluation du risque autoagressif est également incontournable en psychiatrie. Les conduites suicidaires, en particulier, sont une préoccupation constante des psychiatres puisqu'on considère actuellement que 90 % des personnes suicidées souffraient d'un trouble psychiatrique [35]. L'évaluation des risques auto- et hétéro-agressifs constitue un pan incontournable ; elle ne diffère pas selon qu'elle est réalisée au cours d'une consultation en présence ou d'une téléconsultation. En revanche, la prise en charge à distance des situations au cours desquelles un risque immédiat est identifié présente certaines spécificités.

Si le médecin constate, au cours de l'évaluation de l'utilisateur par téléconsultation, que sa condition médicale n'est plus appropriée à ce mode de consultation, il doit le diriger vers un collègue qui pourra l'évaluer en personne. Ainsi, dès lors que l'utilisateur évalué en téléconsultation présente un danger immédiat pour lui-même ou pour autrui, le médecin doit faire intervenir en urgence une équipe à domicile (appel au centre 15). Si possible, le médecin téléconsultant peut rechercher dans l'environnement proche de l'utilisateur des éléments de menace immédiate afin de transmettre l'information aux professionnels du centre de réception et de régulation des appels (par exemple en cas de risque de défenestration, usage d'armes ou

d'objets assimilés, etc.). Tant que le transport n'est pas présent au domicile de l'utilisateur, le médecin peut rester connecté et entamer une prise en charge relationnelle, dans la mesure du possible. Le motif initial de la téléconsultation, l'état clinique de l'utilisateur et la prise en charge prévue doivent figurer dans le dossier. Cette prise en charge souligne l'importance d'anticiper ces situations et de respecter strictement les critères de qualité et sécurité des actes de téléconsultation : connaissance de l'identité de l'utilisateur, adresse et numéro de téléphone en particulier (*figure 1*).

Les points clés de la prise en charge d'un utilisateur présentant un risque auto- ou hétéro-agressif en téléconsultation sont présentés dans l'*encadré 2*.

T2 Soins psychiatriques sans consentement et téléconsultation

À l'issue d'une consultation, une mesure de soins psychiatriques sans consentement, régis en France par la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, peut être indiquée. On distingue les soins psychiatriques à la demande d'un tiers [SPDT] [36], les deux procédures d'exception que sont les soins psychiatriques en cas de péril imminent [37] et les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence [38], et les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État [SPDRE] [39]. Que la consultation soit réalisée en présence ou à distance, les critères pour mettre en œuvre ces mesures sont strictement les mêmes. Pour les SPDT, il existe deux conditions cumulatives : présence de troubles mentaux rendant impossible le consentement de la personne et état mental imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète ; pour les SPDRE, la condition concerne la présence de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

En revanche, les règles de rédaction des certificats médicaux, ainsi que leur transmission aux services concernés, doivent répondre à quelques règles de prudence s'agissant d'utilisateurs évalués en téléconsultation. En l'absence de jurisprudence en la matière, aucun obstacle ne s'oppose aujourd'hui à la rédaction d'un certificat initial de soins sans consentement après un entretien psychiatrique réalisé à distance. Il convient toutefois d'indiquer, sur le certificat, que les informations cliniques ont été recueillies par le clinicien au cours d'une téléconsultation. Les certificats sont ensuite envoyés, par voie sécurisée, au service des urgences qui accueillera l'utilisateur, au service psychiatrique concerné, au psychiatre traitant, aux services de l'ARS ou de la préfecture, en fonction de la modalité de soins envisagés. Comme lors de n'importe quelle autre consultation, il convient d'informer l'utilisateur du caractère pathologique des troubles qu'il présente, de leur retentissement possible et des modalités d'application du traitement nécessaire. Si le médecin estime que le format de la téléconsultation l'empêche de délivrer cette information dans de bonnes conditions, en cas de problèmes techniques notamment, celle-ci devra être dispensée en présence (*et a posteriori* en cas d'urgence, s'il est impossible d'informer l'utilisateur et de recueillir son consentement en amont de l'acte [11]). La conduite à tenir pour instaurer une mesure de soins sans consentement à l'issue d'une téléconsultation est résumée dans l'*encadré 3*.

T1 Conclusion

Initialement présentée comme une réponse aux difficultés d'accès aux soins psychiatriques et aux problématiques de démographie médicale, la téléconsultation permet dorénavant d'assurer, également, la continuité des soins dans le contexte de pandémie de Covid-19. Elle s'avère ainsi complémentaire de l'offre de soins en présence. À condition que des protocoles d'urgence soient établis en amont, la téléconsultation devrait même permettre de l'enrichir, donnant aux psychiatres la possibilité de maintenir la prise en charge ambulatoire des personnes souffrant des troubles les plus sévères.

Déclaration de liens d'intérêts

Marion Eck, Valériane Dujardin-Lascaux et Thomas Fovet déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts. Lina Williatte-Pellitteri est vice-présidente de la Société française de la santé digitale.

Note

1 Pour une mise à jour en temps réel : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/tableau-activites-autorisees-telesante.pdf>.

Références

- [1] Code de la santé publique – Article L6316-1. www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038887059/.
- [2] Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télé médecine. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000022932449/.
- [3] Sécurité sociale : l'Assurance maladie. Communiqué de presse. Téléconsultation, une pratique qui s'installe dans la durée. Septembre 2020. www.ameli.fr/sites/default/files/2020-09-16-cp-teleconsultation-anniversaire.pdf.
- [4] Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. *Lancet* 2020;395(10231):1180-1.
- [5] Bocher R, Jansen C, Gayet P, et al. Réactivité et pérennité des soins psychiatriques en France à l'épreuve du COVID-19. *Encephale* 2020;46(3 Suppl):S81-4.
- [6] Chevance A, Gourion D, Hoertel N, et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *Encephale* 2020;46(3 Suppl):S3-13.
- [7] Moreno C, Wykes T, Galderisi S, et al. How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020;7(9):813-24.

- [8] Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry* 2020;63(1):e32.
- [9] Wathelet M, Duhem S, Vaiva G, et al. Factors associated with mental health disorders among university students in France confined during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open* 2020;3(10):e2025591.
- [10] Gourevitch R, Boiteux C, Guedj-Bourdiau MJ. L'urgence psychiatrique et le sentiment d'urgence hors des urgences : que faire en amont des services ad hoc ? *Encéphale* 2021;47(1):82-4.
- [11] Haute Autorité de santé. Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et téléexpertise. Guide de bonnes pratiques. Mai 2019. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf.
- [12] Code de la santé publique – Article L6316-2. www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038841874/.
- [13] Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000886460/.
- [14] Loi n° 2016-1321 du 7 octobre 2016 pour une République numérique. www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000031589829/.
- [15] Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>.
- [16] Loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037085952/.
- [17] Décret n° 2018-687 du 1^{er} août 2018 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037277401/.
- [18] Ordonnance n° 2018-1125 du 12 décembre 2018 prise en application de l'article 32 de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles et portant modification de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et diverses dispositions concernant la protection des données à caractère personnel. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037800506/.
- [19] Décret n° 2019-536 du 29 mai 2019 pris pour l'application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038528420/.
- [20] Code de la santé publique – Article L1111-2. www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031927568/2016-01-28.

- [21] Tête E. Le cadre juridique de la télémédecine. *Droit Déontol Soins* 2013;13(4):427-35.
- [22] Code de la santé publique – Article R6316-3.
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934367/2010-10-22.
- [23] Code de la santé publique – Article R6316-9.
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934345.
- [24] Code de la santé publique – Article R6316-4.
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022934364.
- [25] Décret n° 2018-788 du 13 septembre 2018 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités de télémédecine. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037399738/.
- [26] Arrêté du 1^{er} août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037306389/.
- [27] Arrêté du 16 août 2018 complétant l'annexe de l'arrêté du 1^{er} août 2018 portant approbation de l'avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.
www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000037324513/.
- [28] Code de la sécurité sociale – Article R.160-6.
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031796275/.
- [29] Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au Covid-19.
www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000041704122/.
- [30] Code de la santé publique – Article R4127-69.
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912938.
- [31] Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie. Janvier 2006.
www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=97959.
- [32] Shore JH, Yellowlees P, Caudill R, et al. Best practices in videoconferencing-based telemental health avril 2018. *Telemed J E Health* 2018;24(11):827-32.
- [33] Schulze LN, Stentzel U, Leipert J, et al. Improving medication adherence with telemedicine for adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2019;70(3):225-8.
- [34] Haute Autorité de santé. Audition publique. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Recommandations de la commission d'audition. Mars 2011. www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf.
- [35] Mann JJ. Neurobiology of suicidal behaviour. *Nat Rev Neurosci* 2003;4(10):819-28.

[36] Code de la santé publique – Article L3212-1.
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687918/2000-06-22.

[37] Code de la santé publique – Article L3212-2.
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721210/.

[38] Code de la santé publique – Article L3212-3.
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721203/.

[39] Code de la santé publique – Article L3213-1.
www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016871.

Encadré 1. Définition des actes de télémédecine, d'après [2].

- **Téléconsultation** : consultation à distance entre un professionnel médical et un usager.
- **Téléexpertise** : sollicitation à distance, par un professionnel médical, d'un ou plusieurs autres professionnels en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières.
- **Télesurveillance médicale** : interprétation à distance, par un professionnel médical, de données nécessaires au suivi médical d'un usager (par exemple, installation d'un tensiomètre au domicile de l'utilisateur).
- **Téléassistance médicale** : assistance à distance, par un professionnel médical, d'un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte (par exemple, entre un médecin radiologue d'un centre de télé-imagerie et un manipulateur d'électroradiologie).
- **Régulation médicale** : conseil médical délivré dans le cadre de l'activité des centres 15.

Encadré 2. Points clés de la prise en charge d'un usager présentant un risque d'auto- ou d'hétéroagression en téléconsultation.

Outre les critères traditionnels de qualité et de sécurité des actes de téléconsultation, le médecin téléconsultant doit :

- rechercher des éléments de menace immédiate dans l'environnement de l'utilisateur ;
- appeler le centre 15 pour intervention en urgence. Si des éléments de menace immédiate sont présents, le médecin doit transmettre l'information aux professionnels du centre de réception et de régulation des appels ;
- mettre en œuvre tous les moyens possibles pour entamer une prise en charge relationnelle ;
- informer l'utilisateur.

Encadré 3. Points clés pour instaurer une mesure de soins sans consentement à l'issue d'une téléconsultation.

Outre les critères traditionnels de qualité et de sécurité des actes de téléconsultation, le médecin téléconsultant doit :

- établir un certificat médical circonstancié, sans oublier de préciser que le certificat a été rédigé à l'issue d'une téléconsultation, et le transmettre, par voie sécurisée, aux services concernés ;
- contacter une ambulance pour le transport de l'utilisateur depuis son domicile vers le lieu d'hospitalisation. L'intervention des forces de l'ordre peut être envisagée en cas de risque avéré d'atteinte à l'intégrité physique de l'utilisateur ou d'autres personnes ;
- informer l'utilisateur.

Dans le cas des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), le tiers peut transmettre sa demande manuscrite par courrier électronique [36]. Après rédaction du premier certificat médical, le médecin téléconsultant doit contacter un autre praticien (par exemple, le médecin traitant de l'utilisateur) qui devra rencontrer le patient dans les quinze jours et rédiger à son tour un certificat médical circonstancié.

Figure1_Eck.jpg

© M. Eck

Figure 1. Critères de qualité et de sécurité des actes de téléconsultation définis par la Haute Autorité de santé [11].

Illus1_Eck.jpg

© C. Moreau/Elsevier Masson SAS



Emploi du temps
Plages dédiées
à la téléconsultation



Locaux adaptés
Lieu calme
Respect de la confidentialité



Outils de communication
Ordinateur/smartphone
Webcam
Internet



**Outils
garantissant
la protection
des données**

Nom de naissance
Prénoms
Date et lieu de naissance
Adresse postale
Numéro de téléphone
Médecin traitant
Motif de consultation



Coordonnées du patient
Localisation exacte
pendant la consultation



**La téléconsultation
est-elle possible ?**
Le patient dispose-t-il des outils
nécessaires ?



**La téléconsultation
est-elle pertinente ?**
La consultation présenteielle
est-elle indispensable ?



**Information & recueil
du consentement**
À tracer dans le dossier médical



Téléconsultation
Entretien
Prescriptions éventuelles
Orientation du patient



**Rédaction du compte
rendu de consultation**
Dans le dossier
du patient



**Transmission sécurisée
des documents médicaux**
Boîte mail sécurisée
Voie postale
...

**Arrêt possible
à tout moment**
À tracer dans le dossier
médical

