

Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie

Résumé

AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie

Rapport préparé pour l'AETMIS par Gilles Pineau, Khalil Moqadem,
Carole St-Hilaire, Robert Perreault, Éric Levac et Bruno Hamel,
en collaboration avec Alexandra Obadia et Lorraine Caron

Janvier 2006

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Ce document ainsi que la version anglaise intitulée *Telehealth: Clinical Guidelines and Technological Standards for Telepsychiatry* sont également offerts en format PDF dans le site Web de l'Agence.

Révision scientifique

Jean-Marie Lance, M. Sc., conseiller scientifique principal
D^{re} Véronique Déry, M. Sc., directrice générale et scientifique

Révision linguistique

Suzie Toutant

Montage

Jocelyne Guillot

Correction d'épreuves

Frédérique Stephan
Suzie Toutant

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Coordination

Lise-Ann Davignon

Recherche documentaire

Pierre Vincent
Micheline Paquin

Communications et diffusion

Richard Lavoie

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'AETMIS, s'adresser à :

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
2021, avenue Union, bureau 1050
Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : (514) 873-2563
Télécopieur : (514) 873-1369
Courriel : aetmis@aetmis.gouv.qc.ca
www.aetmis.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie. Rapport préparé par Gilles Pineau, Khalil Moqadem, Carole St-Hilaire, Robert Perreault, Éric Levac et Bruno Hamel, en collaboration avec Alexandra Obadia et Lorraine Caron (AETMIS 06-01). Montréal : AETMIS, 2006, xxii-76 p.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006
Bibliothèque et Archives Canada, 2006
ISBN 2-550-45922-9 (version imprimée)
ISBN 2-550-45923-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2006.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

LA MISSION

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a pour mission de contribuer à améliorer le système de santé québécois et de participer à la mise en œuvre de la politique scientifique du gouvernement du Québec. Pour ce faire, l'Agence conseille et appuie le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les décideurs du système de santé en matière d'évaluation des services et des technologies de la santé. L'Agence émet des avis basés sur des rapports scientifiques évaluant l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé, incluant les aides techniques pour personnes handicapées, ainsi que les modalités de prestation et d'organisation des services. Les évaluations tiennent compte de multiples facteurs, dont l'efficacité, la sécurité et l'efficience ainsi que les enjeux éthiques, sociaux, organisationnels et économiques.

LA DIRECTION

D^r Luc Deschênes,
chirurgien oncologue, président-directeur général de l'AETMIS, Montréal, et président du Conseil médical du Québec, Québec

D^r Véronique Déry,
médecin spécialiste en santé publique,
directrice générale et scientifique

D^r Reiner Banken,
médecin, directeur général adjoint au développement et aux partenariats

D^r Alicia Framarin,
médecin, directrice scientifique adjointe

M. Jean-Marie R. Lance,
économiste, conseiller scientifique principal

LE CONSEIL

D^r Jeffrey Barkun,
professeur agrégé, département de chirurgie,
Faculté de médecine, Université McGill, et chirurgien,
Hôpital Royal Victoria, CUSM, Montréal

D^r Marie-Dominique Beaulieu,
médecin en médecine familiale, titulaire de la Chaire
Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale,
CHUM, et chercheur, Unité de recherche évaluative,
Pavillon Notre-Dame, CHUM, Montréal

D^r Suzanne Claveau,
médecin en microbiologie-infectiologie,
Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, CHUQ, Québec

M. Roger Jacob,
ingénieur biomédical, coordonnateur, Immobilisations
et équipements médicaux, Agence de développement
de réseaux locaux de services de santé et de services
sociaux de Montréal, Montréal

M^{me} Denise Leclerc,
pharmacienne, membre du conseil d'administration de
l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Montréal

M^{me} Louise Montreuil,
directrice générale adjointe aux ententes de gestion,
Direction générale de la coordination ministérielle des
relations avec le réseau, ministère de la Santé et des
Services sociaux, Québec

D^r Jean-Marie Moutquin,
médecin spécialiste en gynéco-obstétrique, directeur de
la recherche et directeur du département d'obstétrique-
gynécologie, CHUS, Sherbrooke

D^r Réginald Nadeau,
médecin spécialiste en cardiologie, Hôpital du Sacré-
Cœur, Montréal, et membre du conseil d'administration
du Conseil du médicament du Québec, Québec

M. Guy Rocher,
sociologue, professeur titulaire, département de
sociologie, et chercheur, Centre de recherche en droit
public, Université de Montréal, Montréal

M. Lee Soderstrom,
économiste, professeur, département des sciences
économiques, Université McGill, Montréal



AVANT-PROPOS

TÉLÉSANTÉ : LIGNES DIRECTRICES CLINIQUES ET NORMES TECHNOLOGIQUES EN TÉLÉPSYCHIATRIE

Dans un contexte où l'accès aux soins et services de santé pour l'ensemble de la population demeure préoccupant, la télésanté constitue une option permettant de dispenser et d'appuyer certains services à distance. Dans cette optique, les activités de télésanté doivent être complémentaires des services existants et reposer sur des systèmes d'information et de télécommunications facilitant leur prestation au lieu et au moment opportuns. Une utilisation appropriée de la télésanté pourra ainsi contribuer à améliorer l'accessibilité aux ressources dans l'ensemble du territoire québécois. La télésanté deviendra alors une composante essentielle de la réorganisation majeure du réseau de la santé et des services sociaux, qui s'inscrit dans l'orientation ministérielle vers les réseaux locaux de services, les centres hospitaliers régionaux et les réseaux universitaires intégrés de santé visant à favoriser la continuité et la complémentarité des services de santé.

Dans ce contexte, la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) a mandaté l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) pour évaluer trois domaines d'application de la télésanté prioritaires pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) afin d'établir des lignes directrices cliniques et des normes technologiques. Ces domaines sont la télépsychiatrie, la téléadaptation et la télépathologie. À la demande du ministère, trois rapports d'évaluation distincts sont produits, soit un pour chaque domaine d'application. Conformément au plan de travail présenté en avril 2004 et en accord avec la DGSSMU, se sont ajoutées certaines considérations relatives aux aspects économiques, organisationnels, humains, éthiques et juridiques de la télésanté.

La proposition de lignes directrices cliniques et de normes technologiques pour la télépsychiatrie constitue donc l'objet principal du présent rapport.

En remettant ce rapport, l'AETMIS souhaite fournir au MSSS des informations utiles à une meilleure prise de décisions pour la normalisation de la télépsychiatrie dans l'ensemble de la province.

D^r Luc Deschênes
Président-directeur général

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé à la demande de l'AETMIS par le D^r **Gilles Pineau**, M.D., diplômé en génie physique, et le D^r **Khalil Moqadem**, M.B.A. et candidat au doctorat en santé publique, tous deux chercheurs consultants à l'AETMIS et auteurs principaux du présent rapport; **Carole St-Hilaire**, économiste, Ph. D. (santé publique) et chercheuse consultante à l'AETMIS, le D^r **Robert Perreault**, psychiatre, le D^r **Éric Levac**, M.D., M. Sc. (informatique), candidat au doctorat en informatique, et **Bruno Hamel**, ingénieur en électronique spécialisé en génie biomédical, tous les quatre coauteurs; **Alexandra Obadia**, LL. M., juriste, et **Lorraine Caron**, Ph. D. (bioéthique), toutes deux chercheuses consultant à l'AETMIS, collaboratrices.

L'Agence souhaite souligner la contribution de :

D^{re} Manon Charbonneau

Psychiatre, présidente du comité de télépsychiatrie, Association des médecins psychiatres du Québec, Montréal, Québec

M^{me} Johanne Desrochers

Directrice adjointe, Télésanté, CUSM, Montréal, Québec

D^r Rolf Heinmüller

Chercheur consultant, AETMIS

M. Thierry Hurlimann

Consultant, Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM), Montréal, Québec

M. Christophe Lair

Conseiller technique en télésanté, Service du développement et de l'évaluation des technologies, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

D^r Pierre Lalonde

Psychiatre, clinique des jeunes adultes (schizophrénie), Hôpital Louis-H. Lafontaine, et professeur titulaire, département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec

M. Christian-Marc Lanouette

Coordonnateur Télésanté, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

M^{me} Pascale Lehoux

Chercheuse consultante, AETMIS

D^{re} Anne-Marie MacLellan

Pédiatre, directrice du réseau pédiatrique du CUSM, Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal, Québec

D^r Michel Piraux

Médecin-conseil, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Direction générale des services de santé et médecine universitaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

M^{me} Marie-Claude Prémont

Vice-doyenne aux études supérieures, Faculté de droit, Université McGill, Montréal, Québec

M^{me} Madeleine St-Gelais

Coordonnatrice, service de télésanté, CUSM, Hôpital de Montréal pour enfants, Montréal, Québec

M^{me} Sylvie Vézina

Responsable du dossier Télésanté, Direction de l'enseignement, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal, Québec

D^r Pierre-Paul Yale

Psychiatre, vice-président, Association des médecins psychiatres du Québec, Montréal, Québec

L'Agence tient également à remercier les lecteurs externes qui, grâce à leurs nombreux commentaires, ont permis d'améliorer la qualité et le contenu de ce rapport :

D^r André J. Côté

Psychiatre, directeur général, Programme psychiatrique francophone du Nord de l'Ontario, Faculté de médecine, Université d'Ottawa, Ontario

M^{me} Myriam Le Goff-Pronost

Maître de conférence, Département LUSI, École Nationale Supérieure des Télécommunications de Bretagne, France

M. Renald Lemieux

Coordonnateur, Unité d'évaluation des modes d'intervention et des technologies de la santé, Direction des services professionnels, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), Hôpital Fleurimont, Sherbrooke, Québec

M^{me} Jocelyne Picot

Présidente, Infotelmed Communications inc., Montréal, Québec

M. Claude Sicotte

Professeur titulaire, département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec

M. Robert Vigneault

Directeur, MBTelehealth, John Buhler Research Centre, Winnipeg, Manitoba

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler.

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

La télépsychiatrie est l'une des plus anciennes applications de la télémédecine. Les premières expériences remontent aux années 1950, mais c'est à partir des années 1990 qu'elle a véritablement pris son essor avec l'implantation de plusieurs projets. Comme il s'agissait presque exclusivement d'initiatives du milieu clinique, on s'est d'abord soucié d'évaluer la faisabilité de cette application avant de songer à l'encadrer par des lignes directrices et des normes technologiques.

Dans le contexte de la réorganisation de la prestation des soins à l'échelle du Québec, la télépsychiatrie est appelée à jouer un rôle plus important parce qu'elle est susceptible d'améliorer la continuité et la complémentarité des soins psychiatriques dans l'ensemble du territoire. Pour que des programmes bien structurés puissent être mis en place, une normalisation s'impose.

Cette normalisation couvre deux domaines d'égale importance, l'un ayant trait au contenu, l'autre au contenant : la pratique clinique en télépsychiatrie et les conditions techniques permettant la transmission de la voix et de l'image à distance. Le présent rapport vise ainsi deux objectifs, soit la proposition de lignes directrices cliniques et de normes technologiques susceptibles de favoriser une utilisation optimale de la télépsychiatrie. Sans les aborder en profondeur, il s'intéresse aussi aux aspects économiques, juridiques et éthiques ainsi qu'aux facteurs organisationnels et humains afin d'en souligner l'importance pour une implantation de programmes réussie.

LIGNES DIRECTRICES CLINIQUES

Le présent rapport pose le postulat que, en matière de télépsychiatrie, la qualité de prestation des soins doit être relativement équivalente à celle que l'on attend de la pratique psychiatrique traditionnelle en face-à-face. Par « relativement » équivalente, il ne faut pas entendre une qualité de soins de deuxième ordre, mais plutôt la prise en compte réaliste du médium technologique qu'exprime le préfixe « télé ». Cet objectif global a servi de pierre d'assise aux lignes directrices cliniques proposée et a permis d'exclure certains états cliniques et certaines interventions thérapeutiques du champ d'application de la télépsychiatrie. D'entrée de jeu, il faut insister sur le fait que la télépsychiatrie ne constitue pas une solution de remplacement à la mise en place d'infrastructures et à l'établissement de cliniciens en région pour répondre aux besoins de la population en matière de services psychiatriques.

En télépsychiatrie pour adultes, les écrits recensés et les experts consultés confirment que plusieurs activités cliniques peuvent répondre avec succès aux besoins des patients et de leurs proches. Il s'agit de l'évaluation du patient et de la confirmation de son diagnostic, de la révision des médicaments de patients qui ne sont pas en situation d'urgence, de l'élaboration de plans de soins cliniques, du suivi et de la révision des traitements, de l'évaluation et de la thérapie psychologiques, de l'administration de tests psychologiques et neuropsychologiques (*testing*), d'expertises médico-légales et de certaines urgences psychiatriques. À cette liste peuvent s'ajouter, si les coûts le justifient, la thérapie individuelle, de couple ou familiale, la thérapie psychiatrique ou psychologique, la psychoéducation et la pharmacoéducation.

Par contre, la télépsychiatrie pour adultes est contre-indiquée pour les patients qui refusent ce mode de soins, pour les patients violents, instables ou impulsifs, ceux qui présentent un risque de suicide immédiat ou une dangerosité immédiate, ceux qui nécessitent un suivi spécial non disponible au site primaire, les patients ayant une symptomatologie mentale particulière pouvant être exacerbée par l'utilisation d'une technologie de télécommunications, les patients à qui une nouvelle doit être communiquée en personne parce qu'elle peut engendrer des réactions émotives importantes, et certaines personnes qui présentent des déficiences auditives, visuelles ou cognitives limitant leur capacité de communiquer par l'entremise de cette technologie.

Les états cliniques qui se prêtent à la télépédopsychiatrie sont, notamment, la dépression, l'anorexie, les troubles du comportement et le syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention. Les contre-indications de la télépsychiatrie pour adultes s'appliquent également à la télépédopsychiatrie.

Pour que la télépsychiatrie puisse offrir des soins et services de santé de qualité aux patients, il est essentiel que les activités cliniques qui y sont liées soient appuyées par les modalités suivantes :

- 1) Un système central de réservation et un outil générique de consultation sont disponibles.
- 2) Pour chaque patient traité par télépsychiatrie, un dossier médical est ouvert au site primaire et au site secondaire¹. Les renseignements à verser à ces dossiers sont déterminés par entente avec les conseils des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) des établissements concernés.
- 3) Pour éviter la prolifération des modèles, des ententes types sont élaborées en

1. **Site primaire** : endroit où se trouve le patient ou le professionnel de la santé qui consulte. Cette définition rejoint l'idée des soins primaires. Le **site secondaire** est l'endroit où se trouve le professionnel de la santé ou l'expert consulté.

consultation avec les établissements concernés et approuvées par le Collège des médecins du Québec (CMQ), et possiblement par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)².

- 4) Des modalités de rémunération à l'acte des médecins sont établies. Cette question peut constituer un frein important à la participation des médecins à la télépsychiatrie.
- 5) Les intervenants sont adéquatement formés en télépsychiatrie. Cette condition est un préalable essentiel au démarrage de tout programme.
- 6) Une structure de soutien est en place. Aux sites primaires, on retrouve un coordonnateur de soins, un coordonnateur de sites et un coordonnateur régional. Aux sites secondaires, on retrouve un coordonnateur de sites, un coordonnateur régional ou un coordonnateur universitaire s'il s'agit d'un centre hospitalier universitaire.

NORMES TECHNOLOGIQUES

Les normes technologiques suivantes doivent également être respectées pour assurer des services de télépsychiatrie efficaces. Plus précisément :

- 1) Au site primaire, les dimensions d'une salle de téléconsultation sont minimalement de 9 x 12 pieds (2,74 x 3,66 m), et optimalement de 10 x 15 pieds (3,05 x 4,57 m), les murs peints en gris clair ou en bleu pâle ou foncé mat. La qualité de l'éclairage se rapproche le plus possible de la lumière du jour, et l'intensité se situe entre 750 et 1 000 lux. Cette salle est située dans un endroit où le niveau de bruit ne dépassera pas 50 dB.
- 2) L'équipement utilisé comprend un microphone omnidirectionnel et un écran dont la dimension peut varier entre 27 et 36 pouces (69 et 91,4 cm) selon la surface de la pièce. Pour les dimensions

2. L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) est le résultat du regroupement de l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, qui s'est concrétisé le 28 avril 2005.

de salles susmentionnées, un écran de 32 pouces (81 cm) semble optimal. Pour des raisons d'économie, le moniteur fonctionne avec un tube cathodique, à moins que l'achat d'une station de vidéoconférence mobile soit vraiment justifié.

3) Une des caméras offre la capacité de capter la quasi-totalité de la largeur de la salle, permet le contrôle vertical et horizontal du mouvement ainsi que le réglage automatique ou manuel du diaphragme, et est dotée d'une commande à distance. Cette salle est aussi équipée d'un téléphone et d'un télécopieur.

4) La vidéoconférence exige une compression importante de l'information transmise. Cette compression est régie par des normes. Selon la littérature scientifique, les experts consultés et les tests réalisés, tous les appareils devraient être rehaussés progressivement à la nouvelle norme de compression H.264, qui permet d'obtenir l'équivalent d'un doublement de la bande passante et se traduit par une amélioration notable de la qualité de l'image à un coût raisonnable. À l'achat d'un nouvel équipement, il faut s'assurer qu'il peut utiliser la norme de compression H.264.

5) Une bande passante réservée de 384 Kbps assure une qualité d'image et de son compatible avec les activités cliniques habituelles de télépsychiatrie. Alliée à la norme de compression H.263, cette bande passante est définie comme la norme minimale. Alliée à la norme de compression H.264, elle devient une norme optimale. Pour des raisons techniques et économiques, il n'apparaît pas souhaitable, à l'heure actuelle, d'aller au-delà de cette norme. Les tests réalisés ont en effet permis aux experts de constater qu'elle est compatible avec une activité clinique adéquate. Les mêmes tests permettent aussi d'affirmer qu'il est absolument essentiel que toute la chaîne de saisie, de transmission et de réception satisfasse à cette norme. Un seul maillon faible, et la qualité se dégrade substantiellement. Une perte de « paquets de données » de plus de 0,5 % compromet la qualité de l'image au point de gêner les cliniciens dans

leur évaluation de l'état clinique du patient. Il en est de même du temps de latence, qui ne doit pas dépasser 500 millisecondes.

ASPECTS ÉCONOMIQUES

Les aspects économiques de la télépsychiatrie ont été très peu évalués, et la qualité des données sur les coûts est généralement sous-optimale. La présente analyse ne vise qu'à fournir des indications budgétaires sur certains coûts d'investissement et de fonctionnement, puisqu'elle n'inclut ni les coûts des infrastructures du réseau, ni les coûts à assumer pour la formation des professionnels participant à la télépsychiatrie. Ces coûts d'investissement majeurs devraient être considérés dans le cadre d'une analyse plus approfondie.

Le seuil de rentabilité de cette technologie dépend étroitement de son volume d'utilisation, et certains suggèrent un seuil minimal estimé à sept consultations par semaine. Ce seuil devra toutefois faire l'objet d'une validation ultérieure auprès d'experts du domaine. Dans une perspective sociétale, les coûts différentiels de la télépsychiatrie ont été estimés en supposant (à la suggestion d'experts) que ces activités se réaliseront sur une période équivalant à deux jours par semaine, ce qui représente une moyenne hebdomadaire d'environ 14 consultations. Par conséquent, la salle, l'équipement et les lignes du Réseau de télécommunications sociosanitaire (RTSS) pourraient être utilisés pour d'autres applications telles que la télé-expertise et le télé-enseignement dans d'autres disciplines, ces activités contribuant à rentabiliser l'investissement initial nécessaire.

Dans ce contexte et selon les hypothèses et scénarios retenus pour la présente évaluation, la télépsychiatrie représenterait une économie annuelle moyenne estimée d'environ 45 000 \$ CA par unité de télépsychiatrie. La réduction des frais de déplacement et d'hébergement des psychiatres itinérants explique la plus grande part de l'économie obtenue. La rareté et la qualité variable des informations disponibles

et le caractère approximatif des résultats économiques exigent que l'implantation d'applications comme la télépsychiatrie s'accompagne d'évaluations rigoureuses. Celles-ci devront prendre en compte non seulement les paramètres économiques, mais aussi la satisfaction des patients et des professionnels de la santé, l'amélioration de la qualité des soins, leur répartition et leur accessibilité ainsi que la performance technique de l'équipement utilisé.

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Facteurs organisationnels et humains

« Les principaux obstacles à la télépsychiatrie sont le plus souvent liés à l'adaptation des médecins et des patients à cette technologie, et non pas à la largeur de bande utilisée ou à l'équipement requis pour la téléconsultation. » Ce genre d'observation revient souvent dans la littérature et permet d'insister sur l'importance de gérer et d'accompagner le changement par une formation adéquate des intervenants et la mise en place des structures et des modalités appropriées.

Cadre juridique

Un cadre juridique adéquat constitue un élément essentiel de cette structure. Or, la télépsychiatrie soulève plusieurs enjeux juridiques que ne soulève pas la pratique habituelle de la psychiatrie, et l'état actuel du droit n'en traite pas adéquatement. En ce qui concerne le consentement, la législation doit prévoir que seuls des patients juridiquement aptes devraient bénéficier des services de télépsychiatrie. Un consentement éclairé de ces patients devra être obtenu, et ce consentement devra être consigné par écrit. Étant donné le caractère sensible des informations, une attention particulière doit être portée à la protection de la confidentialité et au respect du secret professionnel.

Des normes cliniques et professionnelles devront également être adoptées, et elles auront une incidence en matière de responsabilité civile. Plusieurs acteurs seront susceptibles de prendre part à la télépsychiatrie : l'ensemble des

intervenants et des établissements qui préparent la consultation et y participent, les pouvoirs publics québécois, les fabricants et vendeurs d'équipement ainsi que les fournisseurs de services de télécommunications. Il faudra donc voir à ce que chaque partie soit couverte par une police d'assurance. La Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (P.L.83, 2005, chapitre 32) prévoit que la plainte d'un patient pourra se faire au site primaire. Toutefois, une réflexion s'impose sur la faisabilité de cette solution en cas de grande distance entre les deux sites. Cette même loi prévoit également la conclusion d'ententes en télésanté entre les parties concernées. Elle demeure cependant laconique quant à toute forme de contrôle administratif visant à vérifier ces ententes.

La rémunération des intervenants devra également faire l'objet d'une révision afin de mettre en place des mécanismes de paiement qui permettront de couvrir les actes rendus en télépsychiatrie. Enfin, la Loi vise à permettre un accès continu et approprié aux soins de santé à l'ensemble de la population, quelles que soient les particularités géographiques des régions. Dans cette optique, la télésanté est susceptible d'offrir aux habitants des régions rurales, isolées ou éloignées un meilleur accès aux soins. Toutefois, l'implantation de services de télésanté à l'échelle de la province pourrait également entraîner une répartition inéquitable des ressources de santé à travers le territoire. Une analyse de cette question s'impose.

Considérations éthiques

Deux aspects sont développés sous l'angle de l'éthique : 1) la perspective d'une accessibilité accrue aux services spécialisés dans les régions éloignées; et 2) la transformation de la relation thérapeutique traditionnelle (consultation en face-à-face). Il ressort que la télépsychiatrie ne peut être envisagée à elle seule comme la solution à la difficulté d'assurer une bonne couverture territoriale. Il est suggéré de miser sur les atouts de la télépsychiatrie pour accroître le nombre de consultations en face-à-face tout en continuant à mettre en place

des infrastructures multidisciplinaires et des plans visant à attirer les médecins en région.

Il apparaît également essentiel d'apporter une attention particulière aux éléments qui caractérisent la relation médecin-patient, tels que la communication, le comportement du médecin (degré d'empathie, professionnalisme), les actes médicaux (évaluation, diagnostic, prescription, traitement, etc.), le lien de confiance entre le médecin et son patient, ainsi que les mesures prises pour assurer la confidentialité et le respect de la vie privée.

Les lignes directrices cliniques, les normes technologiques et les balises éthicojuridiques proposées dans le présent rapport contribuent à ce que la qualité des soins dispensés en télépsychiatrie soit analogue à celle de la consultation en face-à-face.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La définition de lignes directrices cliniques et de normes technologiques visant l'uniformisation de la pratique en télépsychiatrie favorisera son implantation à large échelle. Le Québec pourra ainsi mieux prendre sa place dans le cadre des projets d'envergure financés par Inforoute Santé. Dans le contexte de la restructuration des soins de première ligne et de la réorganisation de la médecine spécialisée chapeauté par les quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS), cette technologie peut s'avérer un atout précieux pour assurer une répartition plus équitable de l'expertise psychiatrique dans l'ensemble du territoire. Le développement harmonieux de la télépsychiatrie au Québec sera ainsi favorisé.

À la lumière des considérations présentées précédemment, l'AETMIS recommande que le ministère de la Santé et des Services sociaux adopte les principales lignes directrices et normes technologiques proposées dans le présent rapport en collaboration avec les

instances concernées. L'Agence insiste pour que la télépsychiatrie puisse contribuer à améliorer l'offre de soins de santé de qualité et propose des modalités susceptibles d'appuyer les activités cliniques en ce sens. Notamment, un système central de réservation et un outil générique de consultation doivent être prévus, tout comme la rémunération des médecins à l'acte, car l'absence de ces éléments constitue un frein important à la participation des médecins à la télépsychiatrie. Il faudra de plus prévoir ajouter un certain nombre d'intervenants clés pour appuyer l'implantation et l'utilisation des services de télépsychiatrie. Tous les intervenants devront avoir une formation appropriée.

Dans cette optique, l'infrastructure technologique devrait être rehaussée afin de permettre une pratique de qualité à une norme minimale de 384 Kbps de bande passante avec un protocole de compression des données H.263, et de passer progressivement à une norme optimale de 384 Kbps avec un protocole de compression des données H.264. Le pourcentage de perte de « paquets de données » devrait être d'au plus 0,5 %. La norme minimale de temps de latence devrait être de moins de 500 millisecondes, et la norme optimale de moins de 300 millisecondes. Ces normes doivent s'appliquer à la totalité de la chaîne de saisie, de transmission et de réception de l'information. Des salles de téléconsultation en télépsychiatrie dotées de l'équipement et des accessoires appropriés devraient être aménagées dans les milieux cliniques qui s'y prêtent et là où les besoins sont les plus importants.

La prise en compte des aspects organisationnels et humains est en partie garante du succès de ce genre d'activité. Les aspects juridiques et éthiques devront aussi être considérés. Il est également suggéré d'approfondir l'analyse économique avant d'investir massivement en télépsychiatrie. Enfin, l'implantation de la télépsychiatrie devra faire l'objet d'une évaluation rigoureuse en aval afin d'en améliorer la gestion et la performance.

*Agence d'évaluation
des technologies
et des modes
d'intervention en santé*

Québec 