

Direction des bibliothèques

AVIS

Ce document a été numérisé par la Division de la gestion des documents et des archives de l'Université de Montréal.

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

This document was digitized by the Records Management & Archives Division of Université de Montréal.

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal

**LA RELATION HUMAINE
EN CONSULTATION DE TÉLÉPSYCHIATRIE**

par

Jeanne D'Arc Blais

**Département de communication
Faculté des arts et sciences**

**Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de
Maître es sciences
en sciences de la communication**

Décembre 2007

© Jeanne D'Arc Blais, 2007



**Université de Montréal
Faculté des études supérieures**

Ce mémoire intitulé :

**LA RELATION HUMAINE
EN CONSULTATION DE TÉLÉPSYCHIATRIE**

présenté par

Jeanne D'Arc Blais

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

André Lafrance

président-rapporteur

Lorna Heaton

directrice de recherche

André-H. Caron

membre du jury

Sommaire

Le système de santé, partie intégrante de notre vie, ne cesse d'évoluer. Depuis le médecin de campagne, c'est maintenant à la télémédecine de venir enrichir, mais de bousculer également, le système. Parmi les disciplines touchées par la télémédecine, se retrouve la télépsychiatrie. Après avoir regardé ce que les chercheurs disent sur la question, nous avons choisi de nous attarder à un volet particulier de la télémédecine, soit celui de la consultation en télépsychiatrie et ce, en adoptant la perspective des psychiatres eux-mêmes. Le point central de notre travail est celui de la relation médecin-patient au cœur d'une consultation à distance.

Notre revue de littérature nous a permis de mieux comprendre ce qu'est la télémédecine, notamment la télépsychiatrie. Nous avons consulté les principales études des chercheurs menées auprès des spécialistes qui ont adopté cette pratique et des patients qui l'ont expérimentée. Nous avons également pris connaissance de la position de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) sur ce mode de pratique ainsi que celles Collège des médecins du Québec et de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ). Nous avons tenté de mettre au jour la relation médecin-patient dans ses composantes comme la confiance, la communication, l'alliance thérapeutique. Nous ne devons pas passer outre la formation des psychiatres ainsi que les moyens qu'ils utilisent afin de faire de la télépsychiatrie une consultation qui rejoint les attributs positifs de la relation face à face.

Nous avons relevé le témoignage de médecins et de psychiatres qui œuvrent au sein d'hôpitaux, d'instituts psychiatriques et qui prodiguent également de l'enseignement aux futurs médecins et/ou psychiatres. Par le biais d'entrevues semi-dirigées, nous avons exploré la relation médecin-patient et la nouvelle pratique de la télépsychiatrie. Empruntant l'approche systémique, nous avons tenté de faire une comparaison qualitative entre les différentes composantes de la relation médecin patient en téléconsultation psychiatrique par rapport à ces mêmes composantes dans la consultation face à face.

Ainsi, nous avons pu constater que la télépsychiatrie qui a débuté par des projets pilote et qui a progressé pour s'installer dans la pratique quotidienne, offre un complément intéressant à l'offre de services des patients en régions éloignées. La littérature et les spécialistes interviewés viennent faire la lumière sur une consultation qui intègre les technologies avec les avantages et les inconvénients inhérents à ce mode de pratique. Nous avons jeté un regard sur les recommandations faites par les organismes de santé car la télépsychiatrie continue à se développer et elle doit le faire en prenant en compte l'avis des psychiatres intéressés à cette pratique et qui maîtrisent bien les atouts de communication avec les patients; elle doit aussi se développer en exploitant des technologies à la fine pointe permettant également une bonne communication et donc une qualité de relation satisfaisante tant pour le spécialiste que pour le patient.

La télépsychiatrie vient répondre au manque de spécialistes en région et est un complément à l'offre de services pour les patients de tous âges qui nécessitent des soins appropriés. La télépsychiatrie est sans nul doute un apport avantageux en ce qui a trait aux déplacements et aux coûts reliés à ces déplacements, tant pour les spécialistes que pour les patients en région éloignée. Du point de vue de la communication et, vu l'emploi des technologies, c'est l'élément du langage non verbal qui semble être le principal point faible de ce mode de pratique. Bien entendu, des recommandations et des réflexions sont faites pour l'amélioration de la télépsychiatrie afin que la relation humaine auprès du patient garde toute sa qualité.

Mots-clés : alliance, communication, confiance, patient, télémédecine, télépsychiatrie, technologie.

Abstract

The health system, an integral part of our life, is constantly evolving. Since the country doctor, much has been achieved. Now, telemedicine has enriched but also affected our health system in many ways. Telepsychiatry is one many disciplines of telemedicine. After a look at the general subject of telemedicine, we have chosen to study a particular aspect of it, that of a telepsychiatric consultation and, in doing so, we have adopted the perspective of the psychiatrists themselves. The central point of our work is the patient-doctor relation in a teleconsultation.

Our review of the literature has permitted us to better understand what is telemedicine and, in particular, telepsychiatry. We have consulted the main studies published on this subject by researchers who have worked with psychiatrist who have adopted this model of practice and with patients who have experimented this approach. We have also noted the position of the Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé (AETMIS) on this way of practising psychiatry as well as the position of the Collège des médecins du Québec and of l'Association des médecins psychiatres du Québec. We have focused on the patient-doctor relation in its various components such as confidence, communication, therapeutic alliance, etc. This work also approaches the formation of psychiatrists for aspects related to telepsychiatry and the means by which psychiatrists succeed in achieving a teleconsultation that retains the attributes of a face to face consultation.

We have realised interviews with general practitioners and psychiatrists who work in hospitals and psychiatric institutes and who also teach to future doctors and psychiatrists. By means of semi-guided interviews, we have explored the patient-doctor relation and this model of practice that is telepsychiatry. Borrowing to the systemic approach, we have tried to do a qualitative comparison between the various components of the patient-doctor relation in a psychiatric teleconsultation and these same components in a face to face consultation.

Thus we have observed that telepsychiatry which has begun with pilot projects and which has progressed into daily practice can offer an interesting complement to the service basket for patients living in distant regions. The literature and the specialists consulted for this study shed light on a model of practice for psychiatry that integrates technology with advantages and drawbacks that come with it. This work also reports on the recommendations made by health organizations because telepsychiatry is still evolving and it must do so while taking into account the advices of psychiatrists who are interested in this approach and who know best the assets of a good communication. The use of the latest technology is also a success factor for a good communication and thus a satisfying relation for both the patient and the doctor.

Telepsychiatry is a possible solution to the lack of specialist in distant regions. From a communication point of view, it is possible to achieve a consultation that is acceptable for both the patient and the doctor save perhaps for the non verbal aspects which could be improved.

Key words : alliance, communication, confidence, patient, telemedicine, telepsychiatry, technology.

Table des matières

SOMMAIRE.....	III
ABSTRACT.....	V
TABLE DES MATIÈRES	VII
LISTE DES TABLEAUX	IX
LISTE DES FIGURES.....	X
LISTE DES SYMBOLES.....	XI
REMERCIEMENTS.....	XII
INTRODUCTION.....	15
CHAPITRE 1 : REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	19
1.1 NOUVELLES PRATIQUES EN MÉDECINE.....	19
1.2 L'ÉVOLUTION DE LA TÉLÉMÉDECINE	21
1.3 LES APPLICATIONS DE LA TÉLÉMÉDECINE	26
1.4 LA TÉLÉPSYCHIATRIE	27
1.4.1 L'évolution de la télépsychiatrie.....	27
1.4.2 La relation médecin-patient	31
1.4.3 La communication.....	36
1.4.4 Communication non verbale.....	42
1.4.5 La confiance.....	43
1.5 FORMATION DES MÉDECINS.....	46
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE.....	55
2.1 CHOIX DE LA MÉTHODE.....	55
2.2 PROCÉDURE MÉTHODOLOGIQUE.....	56
2.3 PERSPECTIVE ADOPTÉE	56
2.4 CHOIX DES SUJETS	57
2.5 COLLECTE DE DONNÉES	58
2.6 ANALYSE DES DONNÉES.....	59
2.7 SYNTHÈSE	59
CHAPITRE 3 : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES DONNÉES.....	61
3.1 LA CONSULTATION FACE À FACE	61
3.2 LA RELATION MÉDECIN-PATIENT ET SES COMPOSANTES.....	62

3.2.1	LA COMMUNICATION.....	64
3.2.2	LA CONFIANCE.....	68
3.3	LA CONSULTATION EN TÉLÉPSYCHIATRIE.....	71
3.3.1	Le déroulement d'une téléconsultation.....	71
3.3.2	La relation médecin-patient en télépsychiatrie et ses composantes.....	75
3.3.2.1	La communication.....	81
3.3.2.2	La communication non verbale.....	84
3.3.2.3	La confiance.....	86
3.3.3	Les enjeux en télépsychiatrie.....	87
3.4	PROGRAMMES ET CONTENU DE LA FORMATION.....	91
3.4.1	L'Université de Montréal.....	92
3.4.2	Une formation davantage axée sur la communication.....	93
3.4.3	Formation des psychiatres en regard des nouvelles technologies.....	96
3.4.4	La formation continue.....	99
3.5	LES STRATÉGIES D'ADAPTATION.....	99
CHAPITRE 4 : AU-DELÀ DE LA PRATIQUE.....		102
4.1	LA THÉORIE DES SYSTÈMES.....	51
4.2	DIMENSION ORGANISATIONNELLE.....	102
4.3	DIMENSION TECHNOLOGIQUE.....	107
CONCLUSION.....		109
BIBLIOGRAPHIE.....		113
ANNEXES		
ANNEXE 1 - RECOMMANDATIONS DE L'AMPQ.....		122
ANNEXE 2 - LISTE DES SPÉCIALITÉS MÉDICALES.....		123
ANNEXE 3 – LETTRE ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....		124
ANNEXE 4 - GRILLE D'ENTREVUE.....		126
ANNEXE 5 - GUIDE CALGARY-CAMBRIDGE DE L'ENTREVUE MÉDICALE.....		128

Liste des tableaux

**TABLEAU 1 : NOMBRE DE MÉDECINS SELON LA SPÉCIALITÉ ET LE MILIEU URBAIN OU RURAL,
CANADA**

**TABLEAU 2 : NOMBRE D'OCCURRENCES POSITIVES ET NÉGATIVES DES ÉLÉMENTS DE
COMMUNICATION EN TÉLÉPSYCHIATRIE**

**TABLEAU 3 : TABLEAU 4 : PARAMÈTRES DE LA RENCONTRE FACE À FACE VERSUS LA
RENCONTRE VIRTUELLE**

**TABLEAU 4 : LES ÉLÉMENTS D'UNE STRATÉGIE EFFICACE POUR L'ENSEIGNEMENT ET
L'APPRENTISSAGE DE LA COMMUNICATION**

Liste des figures

FIGURE 1 : LE CADRE DES COMPÉTENCES CANMEDS

FIGURE 2 : ÉCART ENTRE LA QUALITÉ ATTENDUE ET LA QUALITÉ RÉELLE

FIGURE 3 : MODÈLE DE CONSULTATION FACE À FACE

FIGURE 4 : MODÈLE DE PRATIQUE EN TÉLÉCONSULTATION

FIGURE 5 : PARAMÈTRES DE LA RELATION FACE À FACE VERSUS LA RELATION EN
TÉLÉCONSULTATION

Liste des symboles

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
APA	American Psychiatrists Association
APC	Association des psychiatres du Canada
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CHIPP	Canada Health Infrastructure Partnership Program
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHRA	Centre hospitalier de l'Amiante
CHRN	Centre hospitalier Rouyn-Noranda
CHRDL	Centre hospitalier de Lanaudière
CHTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CMQ	Collège des médecins du Québec
COFM	Conseil des facultés de médecine de l'Ontario
CTMC	The Colombia Telemedicine Center
DASUM	Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal

ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ISC	Inforoute Santé du Canada
JAMA	Journal of the American Medical Association
NTIC	Nouvelles technologies de l'information et de la communication
RQT	Réseau québécois de télémédecine
RTSS	Réseau de télécommunication en santé et services sociaux
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SCT	Société canadienne de télésanté

**Je dédie ce mémoire à mes enfants,
ainsi qu'à ma petite-fille Lily
en souhaitant qu'un jour elle découvre
les merveilleux chemins du savoir**

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice, madame Lorna Heaton pour son aide précieuse et les nombreuses heures consacrées à ce travail, ainsi que les membres du jury, messieurs André Lafrance et à André-H.Caron, pour leur travail.

Un merci profond est adressé à monsieur Robert Prud'homme pour son appui constant, ses conseils, ses relectures.

Merci à mon amie Cristina Gabrovschi pour son support et ses conseils.

Et un merci particulier à madame Hélène Trifiro qui a facilité l'ajustement de mes horaires afin que je puisse aller au bout de mon projet.

Merci à toutes celles et ceux qui ont été là pour moi.

Introduction

*Soyons en rapport avec les hommes
pour travailler à l'amélioration de leur sort*
Auguste Comte

Depuis le serment d'Hippocrate qui engageait à exercer l'art de la médecine dans l'innocence et la pureté et, pendant des siècles, la médecine s'est exercée selon un scénario, dans un lieu donné, à un moment donné, mettant en scène un patient face à son médecin. Cette façon de faire demeure aujourd'hui encore la voie normale de pratiquer la médecine, du moins en représente-t-elle un jalon important dans la prise en charge d'un patient par le système de santé.

La médecine, nous le savons, a fait des bonds importants depuis des siècles développant des outils de plus en plus sophistiqués pour vaincre le fléau de la maladie. Puis, l'avènement des technologies a modifié le visage de la médecine alors qu'est apparue la télémédecine. Perturbant l'ordre établi, la télémédecine fait d'une rencontre médecin-patient, une rencontre à distance. Réalisée parfois à des milliers de kilomètres de distance, l'image et la voix bien réelles des deux acteurs dans le scénario traditionnel, deviennent des images et des voix électroniques perçus à travers les outils de la télécommunication. « *L'évolution technologique dans le secteur des communications est en voie de révolutionner les relations entre les individus et les collectivités. C'est le cas de la télémédecine* » (Collège des Médecins du Québec, 2000).

Il y a 35 spécialités médicales officiellement reconnues au Québec (voir annexe 2). Plusieurs d'entre elles sont concernées par la télémédecine et ce, à divers degrés. Et certaines spécialités semblent convenir mieux à la télémédecine comme la radiologie ou l'ophtalmologie, à forte teneur technologique. En ophtalmologie, l'image d'un fond de l'œil par exemple parle beaucoup. Le radiologue qui n'a pas nécessairement un contact avec le patient, interprète les radiographies que ce soit ou non sur écran et c'est le médecin qui transmet les résultats. Par contre, pour une autre spécialité — la psychiatrie — qui prend en compte la personne dans son intégralité, le patient demeure primordial et, en télépsychiatrie, le psychiatre devra toujours s'attarder à la personne humaine, à émotions,

ses expressions, au contenu verbal et non verbal. Aussi, associer la psychiatrie et les nouvelles technologies dans le but de réaliser des consultations suscite réflexions et questions et a donné lieu à des recherches élaborées sur le sujet.

La pénurie de spécialistes en régions éloignées demeure un problème crucial et n'est pas étrangère à l'apparition de la télémédecine. Se retrouver malade sans ressources d'un spécialiste, voilà une situation qui ajoute à l'angoisse des patients. Par exemple, au Canada en psychiatrie, pour 3,906 psychiatres exerçant en régions urbaines, 108 seulement se retrouve en régions rurales (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) 2004). Quand on pense que les maladies mentales au Canada touchent la vie de tous les Canadiens et Canadiennes de tous âges et de toutes conditions et ont également une forte incidence sur l'économie canadienne relativement aux pertes de productivité et aux coûts des soins de santé (ICIS, 2002), il nous apparaît donc important, à travers ce travail, d'étudier l'apport des nouvelles tendances, soit les consultations par vidéoconférence. Pour cette raison, au cours de cette recherche, nous nous pencherons sur la psychiatrie quand elle emprunte les chemins des NTIC, en retenant le point de vue des psychiatres et en nous attardant au volet consultation.

« La maladie mentale qui demeure encore de nos jours un sujet tabou, perturbe l'individu dans toutes les sphères de sa vie car la santé mentale est aussi importante que la santé physique dans la vie quotidienne, les deux étant interreliées » (ICIS, 2002).

Mais parler de médecine, de patients, c'est parler d'une relation médecin-patient. Au cours de cette relation médecin-patient, un élément demeure incontournable : la confiance, élément que nous aborderons également. *« Le médecin doit chercher à établir une relation de confiance entre lui-même et son patient et s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle » (Géoffroy, 2000).* Pour toute consultation, le patient doit avoir pleine confiance en son médecin et celui-ci doit sentir que le patient a également confiance en lui. En psychiatrie où le patient est plus fragilisé, la consultation à distance soulève des questions pertinentes parce que la relation médecin-patient en télépsychiatrie, en est une des plus complexes où, comme nous l'avons mentionné, l'élément de confiance est indissociable de la relation. Onor et Misan (2005) soulignent: *« The doctor-patient relationship may be one of the most complex interpersonal relationships. »* Les chercheurs précisent également que cette relation est vécue différemment par les deux parties : *«.. in*

that it involves individuals who are not on the same level, it has not been sought by both individuals, it is emotionally loaded and it requires close mutual cooperation towards a shared goal. » Il y a une véritable asymétrie entre le médecin détenant les connaissances qui fait face à un patient qui se voit confronté à la maladie en plus de subir son impuissance face à elle.

Le but de cette recherche est donc de mettre en lumière les moyens mis en œuvre, dans leur pratique, par les psychiatres pour faire d'une consultation à distance, une consultation qui conserve les caractéristiques de réussite de la consultation face à face, une consultation où la confiance demeure. Comment la relation de confiance entre le spécialiste et son patient est-elle affectée dans un contexte de télépsychiatrie, ou comment le psychiatre réussit-il à maintenir la qualité de cette relation, sont des questions au cœur de cette recherche, de même que les diverses autres composantes de la relation : communication, émotions, expertise, contact et échange, rôle d'Internet, etc. Un autre élément particulièrement important, c'est la formation des psychiatres puisque c'est à travers la formation que les spécialistes s'initient à leur pratique. Qu'en est-il des psychiatres déjà en exercice et de leur usage de la télépsychiatrie, eux qui n'ont pas, lors de leur formation universitaire, intégré les connaissances des NTIC ? Puis nous questionnerons la formation des futurs psychiatres. Il est en effet permis de croire que la pratique en télépsychiatrie constitue un changement important par rapport à la pratique traditionnelle.

Ce mémoire comporte quatre chapitres. En premier lieu, nous présenterons la revue de la littérature qui a pour but de faire la lumière sur les nouvelles pratiques de la médecine : la télémédecine et, en particulier la télépsychiatrie. Les composantes de la relation médecin-patient et la formation des médecins seront également questionnées à travers le regard de différents auteurs.

Le second chapitre décrira la démarche méthodologique suivie dans notre étude.

Nous présenterons dans le troisième chapitre les données recueillies dans le cadre de notre recherche, de façon à montrer la véritable expérience des psychiatres dans leur pratique en télépsychiatrie et les tangentes que prennent les responsables de la formation en relation entre autres avec les technologies. Ce chapitre sera également constitué de l'analyse des données qui nous permettra d'expliquer de quelle façon les psychiatres peuvent utiliser la

consultation en télépsychiatrie dans leur rapport médecin-patient, et constater si cette relation conserve les mêmes qualités que les relations face à face réussies.

Le quatrième chapitre présente l'approche systémique utilisée dans notre recherche. Nous étudierons les concepts employés par les tenants de cette approche et l'impact de la télépsychiatrie dans le vaste système qu'est la santé.

En conclusion, nous tenterons de regarder les apports de notre étude en ce qui a trait à la consultation en télépsychiatrie et de signaler les pistes qui peuvent être retenues pour une meilleure compréhension et application de cette nouvelle pratique engageant les NTIC.

Chapitre 1 : Revue de la littérature

*Le médecin a le devoir primordial,
à l'occasion de l'exercice de ses fonctions médicales,
de protéger la santé et le bien-être des individus qu'il dessert*
Docteur Louis Geoffroy

À travers notre revue de la littérature, nous parcourons la pensée des auteurs sur les nouvelles pratiques en santé : la télémédecine et la télépsychiatrie, en nous attardant à leurs recherches. L'attention sera portée également aux travaux traitant de la relation médecin-patient et de ses composantes, notamment la confiance à travers cette relation, la communication verbale et non verbale.

1.1 Nouvelles pratiques en médecine

La télémédecine

« Si la technologie est souvent présentée comme un facteur puissant de restructuration à court et moyen terme, la télémédecine occupe une place spécifique puisqu'elle a comme projet explicite d'établir de nouvelles relations entre les professionnels, les services, les établissements, et de modifier les frontières des pratiques » (Valette, 2005, p. 161).

Le Réseau universitaire intégré de santé de McGill (RUIS) rappelle la vision du ministère de la santé et des services sociaux qui dit que *« la télésanté est un outil qui fait partie intégrante de la pratique quotidienne des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux. La télésanté contribue à l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins et des services tout en optimisant l'utilisation des ressources du réseau, la qualité de vie des usagers et de leur famille et en soutenant le développement d'un réseau intégré de services »* (RUIS McGill, 2005-2006, p. 9).

« La télémédecine permet d'envisager de nouvelles façons d'exercer la médecine et d'offrir des services médicaux spécialisés ou ultraspécialisés dans des régions qui, jusqu'à maintenant, n'ont pu en bénéficier » (Collège des médecins du Québec, 2000, p. 1). Le tableau 1 nous permet de voir le nombre et la répartition des médecins et spécialistes au Canada et donc de constater la pénurie subie par les régions, ce que précise aussi la

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) : « *Il y a une tendance vers une détérioration progressive de la santé à mesure que l'on se déplace des régions en bordure des centres urbains vers les régions très éloignées* ».

		Régions urbaines	Régions rurales	Total Canada
1.0	Médecine familiale	26 324	4 962	31 286
2.0	Spécialités médicales	21 140	428	21 568
2.1	Spécialités cliniques			
	Médecine interne	6 378	124	6 502
	Médecine génétique	59	0	59
	Dermatologie	507	3	510
	Neurologie	703	5	708
	Pédiatrie	2 125	27	2 152
	Physiatrie et réadaptation	338	9	347
	Psychiatrie	3 906	108	4 014
	Médecine communautaire	382	13	395
	Médecine d'urgence	459	8	467
	Médecine du travail	45	0	45
	Anesthésie	2 399	46	2 445
	Médecine nucléaire	2161 901	266	218
	Radiologie diagnostique	1 901	66	1 967
	Radio-oncologie	324	1	325
	Total – Spécialités cliniques	19 742	412	20 154

Tableau 1. Nombre de médecins selon la spécialité et le milieu urbain ou rural (ICIS – 2004).

Force est de constater que ce sont les régions les plus éloignées qui manquent de spécialistes notamment en psychiatrie. Ainsi, selon les données rapportées par ICIS (2004), 84 % des médecins oeuvrant en médecine familiale le font en milieu urbain contre 16 % en régions rurales alors que pour les psychiatres, nous observons que 97,3 % d'entre eux travaillent en milieu urbain contre seulement 2,7 % en régions rurales. La répartition géographique est donc inégale, ce qui milite en faveur du recours à la télépsychiatrie comme mode de pratique.

L'utilisation de la télémédecine a donc pour but entre autres de vouloir suppléer à l'absence de spécialistes dans les régions éloignées. Noorani et Picot, dans une évaluation de la vidéoconférence au Canada, spécifient justement que la vidéoconférence a un effet positif sur le recours aux consultations en personne puisque moins de visites en personne sont requises. D'autres constatations de cette évaluation permettent de signaler que la vidéoconférence a un effet positif sur l'opportunité des soins dispensés (Noorani et Picot, 2001, p. iii).

1.2 L'évolution de la télémédecine

L'incroyable percée des technologies à travers la planète s'inscrit dans les changements vécus dans toutes les sphères économiques et humaines, notamment en médecine.

« The earliest reports in the literature date from the late 1950s when an interactive television link was used in Nebraska to connect a teaching hospital department of psychiatry with a state institution » (Wootton, Yellowlees et McLaren 2003, p. xiii).

La télémédecine qui a fait son apparition dans les années 1950, a poursuivi son ascension dans la foulée du virage ambulatoire. Ces nouvelles technologies de l'information, écrit le président du Collège des Médecins du Québec en 2002, sont bel et bien des outils qui permettent d'améliorer la qualité des soins offerts à la population. Il ajoute que ces technologies peuvent rendre de précieux services afin d'assurer une prise en charge et un suivi non seulement meilleurs, mais à la hauteur de la médecine du nouveau millénaire (Lamontagne, 2002, p. 1). Quant à la pénurie de spécialistes en région, elle a été un des moteurs de l'implantation de la télémédecine. Et, nous l'avons mentionné, la télémédecine vient donc prendre le relais auprès des patients en leur offrant une consultation où, plutôt que le patient ne se rende dans les grands centres, il rencontre virtuellement un spécialiste.

En même temps, cette technologie induit, en plus d'un changement marquant des modes d'échanges entre médecin et patient, une restructuration complète de tous les paramètres d'une consultation, ouvrant la porte à de nouveaux défis en matière de médecine. La télémédecine a déjà pris son envol, d'abord initiée par des projets pilotes qui mèneront vers une utilisation continue de cette pratique.

« Différents projets pilotes ont d'ores et déjà démontré que les technologies actuelles de vidéoconférence et de télécommunication permettent la mise en œuvre concrète et à grande échelle de différentes applications de la télémédecine » (Le Réseau Informatique, 1996, p. 4)

Un projet pilote visant à permettre aux hôpitaux régionaux participants d'avoir accès à des consultations avec des spécialistes, à une formation continue en médecine et aux consultations sur des cas, s'est déroulé de septembre 1996 à mai 1998. Il reliait l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) à trois hôpitaux régionaux : le Centre hospitalier de Rouyn-Noranda (CHRN), le Centre hospitalier régional de Lanaudière (CHRDL) à Joliette et le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR). De ce projet pilote a découlé un projet international avec un certain nombre de consultations sur des cas reliant l'Hôtel-Dieu à des centres de télémédecine à Lille, à Toulouse et à Strasbourg en France, au Japon, en Allemagne et aux États-Unis. Le volet international de ce projet s'est poursuivi, mais le projet pilote régional n'a ni été élargi, ni renouvelé, en raison du faible taux d'utilisation dans les hôpitaux régionaux participants (Noorani et Picot, 2001, p. 7).

Malgré tout, au Québec par exemple, divers autres programmes de télémédecine ont vu le jour. En 2001, le Réseau québécois de télémédecine (RQT) intègre la télémédecine dans 36 hôpitaux, comprenant quatre centres hospitaliers universitaires dont l'hôpital Ste-Justine avec, entre autres, un projet mis sur pied conjointement avec la Gaspésie, pour venir en aide à des enfants bègues de cette région et à d'autres atteints de dysphasie (l'Actualité Médicale, 2001). Quant au projet d'évaluation en télésanté des Îles de la Madeleine, il a permis d'identifier certaines conditions pour une implantation réussie de la télésanté afin de cibler les besoins de la population (Gagnon, Cloutier et Fortin, 2004). Projet durant lequel le centre hospitalier de l'Archipel a expérimenté quatorze domaines d'application majoritairement avec leurs centres habituels de référence. La télésanté a été utilisée pour le bénéfice de 101 patients, soit 46 personnes de sexe masculin et 55 de sexe féminin, répartis de 0 à 89 ans; donc 138 contacts entre un patient et un professionnel ont eu lieu via cette solution technologique (Cloutier et Fortin, 2001). Les conclusions de cette étude rapportent que les patients ont été particulièrement satisfaits de leur expérience avec la télésanté. L'expérience s'est avérée positive pour les patients, pour les professionnels et pour les

organisations impliquées : « *la télésanté a contribué dans ce projet à un meilleur accès aux services de santé en région éloignée surtout lors de situations urgentes et pour mieux déterminer le besoin de transferts de patients* » (Cloutier et Fortin, 2001, p. 31, 41).

La commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, la Commission Romanow, a mis en place en novembre 2002, des recommandations afin de permettre une plus grande accessibilité au système de santé. Des 47 recommandations de la Commission Romanow, sept étaient relatives à la télésanté, incluant le développement d'un dossier de santé électronique, dans toutes les provinces et les territoires. « *Significantly, the commission recommended the creation of a Rural and Remote Access Fund to support the expansion of telehealth from 2003 to 2020* » (Cloutier, 2004). En effet, la Commission précise que cela signifie que des nouvelles approches comme la télésanté, qui peuvent littéralement porter les soins de santé au cœur des collectivités rurales et éloignées, pourront remplir leurs promesses, que les habitants des régions rurales et éloignées peuvent être reliés à des spécialistes et à d'autres services de santé des grands centres, avec des professionnels de la santé qui pourront poser un diagnostic, traiter des patients et faire des consultations à distance (Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002).

En avril 2000, Santé Canada a lancé le programme CHIPP, un programme de deux ans pour promouvoir l'utilisation de l'information et des technologies de la communication afin d'améliorer la santé et d'offrir de meilleurs services aux Canadiens. Vingt-neuf projets furent approuvés (Personal Information Privacy, 2002). En Ontario, quatre projets ont reçu des fonds du Canadian Health Infrastructure Paternership Program (CHIPP) : trois en télémédecine et un spécifiquement en télépsychiatrie. « *Three of the projects were to deliver telemedicine generally and our project, Projects Outreach, represented a collaboration between the Universities of Toronto, Western Ontario, Ottawa and McMaster* » (Urness, Weisser, Campbell and Hilty, 2005, p. 104). Le programme CHIPP a permis d'installer vingt sites municipaux et vingt sites chez les Premières Nations. Dans les neuf premiers mois, l'équipe a vu un total de 511 patients pour 622 consultations, certains patients étant vus plus d'une fois pour un suivi. Le total d'heures de consultation par vidéoconférence était de 647 heures, chaque site offrant trois heures de service de psychiatrie générale par semaine (Urness et al., 2005). Le projet Outreach, lui, se donnait

comme but d'offrir des services de télépsychiatrie aux personnes dans les réseaux de télémédecine et permettre la livraison des services psychiatriques dans les zones éloignées et aux secteurs non desservis.

Dans une vaste étude sur les réseaux de télémédecine, Noorani et Picot (2001) ont répertorié divers programmes. Certains existent au Telemedicine Centre de Terre-Neuve, mais c'est la Nouvelle-Écosse qui fut la première province canadienne à avoir mis sur pied un réseau provincial de télésanté informatisé. D'autres projets ont été implantés en Alberta où la vidéoconférence sert aux soins des patients, à l'éducation continue en santé et en médecine, ainsi qu'à des activités administratives. Au Nunavut, le programme vise principalement une accessibilité accrue des services de santé, offrir une éducation relative aux habiletés sociales et à la santé au grand public et aux cliniciens et contribuer à une organisation et une prestation rentables des services. Un programme ayant pour objectifs d'améliorer l'accès des collectivités isolées aux services de santé, et d'offrir de façon rentable un accès accru à l'éducation et à l'information en matière de santé, aussi bien aux prestataires qu'aux consommateurs de santé a été lancé comme projet pilote au milieu de 1999 en Saskatchewan, (Noorani et Picot, 2001).

Ailleurs dans le monde, des projets de télémédecine prennent forme. En Colombie, the Colombia Telemedicine Center (CTMC), avec la participation d'équipes situées à Mexico, au Costa Rica, à Panama et en Argentine, ainsi qu'avec le concours d'institutions académiques comme la Javeriana University, Icesi University and Murcia University, a développé un programme de télémédecine afin de faciliter l'échange d'information et des connaissances médicales. Grâce à la télémédecine, le Colombian Telemedicine Center dispensera du support pour les victimes déplacées, les populations isolées, les victimes des mines personnelles et pour assurer la sécurité nationale et régionale (Velez Beltran and Navarro Newball, 2005). En Australie, des centres de télémédecine ont été créés à plusieurs endroits, permettant d'assurer la télésurveillance physiologique de patients dans leur lieu de résidence (Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 1998).

Le défi de passer de projet-pilote à une utilisation soutenue et intégrée de la téléconsultation demande donc une infrastructure détaillée et un investissement approfondi des équipes à constituer, de budgets à débloquer autant que dans la formation et l'amélioration constante et la mise à jour de la technologie.

En 2006, Inforoute Santé du Canada (ISC) et la Société canadienne de télésanté (SCT) prévoyaient travailler de concert pour faire progresser la télésanté — définie comme la prestation de soins de santé à distance (Guide de Référence Santé, 2006). Le président et chef de la direction d'Inforoute, Richard Alvarez a déclaré : « *Nous travaillons à offrir une plus vaste gamme de services de santé de qualité aux communautés éloignées et rurales par l'intermédiaire de la télésanté* » (Inforoute Santé Canada, 2006, p. 1). Cependant si la télésanté s'appuie sur les télécommunications, la vidéoconférence et les ordinateurs pour relier des spécialistes en poste à un endroit et des patients se trouvant à un autre (Inforoute Santé Canada, 2006, p. 1), « *le recours à la télémédecine ne devrait pas altérer le lien qui unit le patient à son médecin* » comme le rappelle le CMQ, sensible à l'importance de préserver la qualité de la relation médecin-patient (CMQ, 2000, p. 10).

Dans un récent ouvrage sur les technologies de la santé, Pascale Lehoux tente justement de clarifier ce que les technologies font et ce que les humains attendent de ces technologies (Lehoux, 2006). Savoir ce que font les technologies et ce que désirent les humains qui les utilisent ou sur lesquels les technologies seront utilisées parce que, dit Lehoux : « *When the work health is placed in front of the word technology, the conjunction brings to the fore other dimensions of modernity. It raises issues such as risk, disease, death, life, and, because we are human, wonders and sorrows* », écrit l'auteur (Lehoux, 2006). Elle pose la question : « *Comment et quand savons-nous qu'une technologie est bonne ?* » et ajoute que des facteurs d'ordre non médical influencent l'efficacité des technologies de la santé : les émotions, la connaissance, les valeurs et croyances, la culture, l'interaction sociale, les structures d'organisation et les processus, les incitations financières et les cadres de normalisation (Lehoux, 2006).

Le déploiement des nouvelles technologies s'intensifie dans de nombreux pays faisant dire que « *la liste d'attente deviendra aussi longue en télémédecine qu'elle l'est aujourd'hui au cabinet du médecin si les soignants sont en nombre insuffisant* » (l'Actualité Médicale,

2001). Mais le virage technologique implique un travail avec des humains malades, c'est ce que les instigateurs de la télémédecine doivent garder en mémoire. Lehoux (2006) relève la vision de trois auteurs sur l'utilisation médecine/technologie :

« *Health technology is far from neutral* (Ihde, 1990, p. xviii). *It moves people just as it affects lives. It creates hopes and anxieties* (Callahan, 1990, p. xviii). *And it generates power and authority* (Blume 1992, p. xviii). »

1.3 Les applications de la télémédecine

La Société de la médecine rurale du Canada (2002) précise que la situation géographique est un déterminant de la santé et la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) indique que l'état de santé des habitants des collectivités rurales et éloignées est moins bon que celui des habitants des grands centres. Les nouvelles méthodes en santé couplées aux NTIC, notamment en psychiatrie, permettent aux patients éloignés de consulter et d'obtenir l'avis d'un spécialiste.

Lehoux, Sicotte, Denis, Berg, et Lacroix (2002) mentionnent six spécialités médicales particulièrement touchées par la télémédecine : la cardiologie, la médecine pulmonaire, la radiologie, la dermatologie, la neurologie, la médecine interne. Mais leur étude montre que ces spécialités n'utilisent pas la télémédecine de la même façon. En téléconsultation, ces chercheurs rapportent que les cardiologues, les pneumologues et les neurologues ont un besoin impérieux de connaître l'histoire de leur patient. Pour les radiologistes, il n'est pas nécessaire de prendre en compte un grand ensemble de variables tandis que les pneumologues, les neurologues et plusieurs cardiologues s'inquiètent à l'idée de manquer, à l'écran, un signe clinique du patient. Faire de la consultation par vidéoconférence n'a donc pas les mêmes implications pour chaque catégorie de spécialistes. La psychiatrie a aussi besoin de connaître l'histoire du patient, de prendre en compte tous les signes cliniques parce que la psychiatrie « *s'intéresse à la globalité de la personne* » (AMPQ, 2006). Nous pourrions voir la télépsychiatrie comme la cardiologie par exemple où tous les signes doivent être perçus par le spécialiste. Le psychiatre, en télépsychiatrie, doit être en mesure d'observer le patient, de lire tous les signes, notamment les signes non verbaux.

Quant aux domaines où la télémédecine s'applique maintenant, divers champs de la médecine rejoignent les soins tant aux enfants qu'aux adultes. Les soins sont aussi appliqués autant en milieu carcéral que dans les hôpitaux, dans des casernes militaires, pour les astronautes ou encore, la télémédecine est utilisée à la cour. Pour l'année 2005-2006, 20534 consultations en temps différé ont pu être données et 248 patients ont reçu des services de télésanté en temps réel; ceci dans 14 spécialités différentes (Le Mensuel d'information du département d'administration de la santé (DASUM), Faculté de médecine, 2007). La télémédecine est employée tant pour des activités diagnostique, thérapeutique, formative ou autre entre un ou plusieurs sites primaires et un ou plusieurs sites secondaires (AETMIS, 2006). Ainsi en est-il en télépsychiatrie.

1.4 La télépsychiatrie

L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), dans sa définition de la télépsychiatrie, met l'accent sur la capacité des NTIC de réduire les barrières géographiques, d'apporter un soutien aux équipes soignantes, d'améliorer la prestation des soins psychiatriques ainsi que leur accessibilité (AETMIS, 2006, p.4). Quant à l'Association des psychiatres du Canada (APC) et l'American Psychiatric Association (APA), elles définissent la télépsychiatrie comme « *le recours à des nouvelles technologies de l'information et des communications (NTIC) pour dispenser ou appuyer des activités cliniques de psychiatrie à distance* » (AETMIS, 2006). Dans le rapport AETMIS, la définition retenue est tirée d'un article de Stab et ses collaborateurs (2003) où la télépsychiatrie repose sur l'utilisation de la vidéoconférence pour relier en temps réel un patient et un professionnel de la santé mentale, ou des professionnels de santé entre eux (AETMIS, 2006). À travers toutes ces définitions, nous l'avons précisé, la télépsychiatrie est une application particulière de la télémédecine.

1.4.1 L'évolution de la télépsychiatrie

Parmi les principaux champs d'application actuels de la télépsychiatrie figurent la télépsychiatrie pour adultes, la télépédopsychiatrie, la télégerontopsychiatrie, la télécomparution et la téléformation (AETMIS, 2006). Aussi, la télépsychiatrie fait l'objet

de nombreuses études et celle de Miller par exemple (2003) démontre que la télépsychiatrie est une alternative valable si on la compare à la pratique traditionnelle. Miller a recensé 57 études qui ont porté sur différents aspects et perspectives de la télépsychiatrie, entre autres sur les effets de la télépsychiatrie sur la relation de communication médecin-patient. 23 de ces études ont été conduites aux États-Unis, 16 au Royaume-Uni, 7 ont été réalisées en Australie, 6 au Canada, 2 en Finlande, 2 en France, 1 origine de la Norvège et 1 a été réalisée en Corée du Sud (Miller, E.A., 2003, p. 44). Miller précise que les spécialistes exerçaient dans les centres tertiaires dans des zones urbaines et les patients étaient situés dans divers sites éloignés incluant des centres de consultation ruraux ou des hôpitaux de banlieue et des centres médicaux, des cliniques ou des bureaux de médecins, à leur résidence ou à l'école et pour deux études, dans des prisons. L'étude de Miller conclut donc que cette nouvelle pratique de la télémédecine est acceptée par les psychiatres et par les patients, même si certaines réserves sont remarquées du côté des psychiatres et même si la communication non verbale est un élément qui demeure non solutionné pour l'instant.

« Telepsychiatry may therefore be an efficient way to improve rural access to high-quality mental health care » (Miller, 2003, p. 39).

L'intérêt au Canada s'inscrit dans un courant international comme le montre déjà l'étude de Miller. Mais il y a aussi présentement d'autres programmes actifs en télépsychiatrie : *« Fourteen active telepsychiatry programmes in all 10 of the canadian provinces »* (Urness, Hailey, Delday, Clanana and Orlik, 2004, p. 160).

Ailleurs, la télépsychiatrie s'est également implantée. Différentes études ont été menées : en Finlande à l'hôpital Harjavalta où 60 patients vus pour une première fois en urgence en télépsychiatrie, ont été interrogés. En conclusion de cette étude, les auteurs déclarent qu'après leurs consultations, 55 patients ont dit préférer la vidéoconférence plutôt que d'être référés à nouveau au psychiatre dans une consultation en face à face. (Sorvaniemi, Ojanen and Santamäki, 2005). En Israël, la chercheuse Perla Werner, a procédé à une recherche sur la volonté qu'avaient les gens à utiliser la télémédecine pour des soins psychiatriques. 1204 sujets ont participé à cette étude qui révèle que la bonne volonté des patients d'employer la télépsychiatrie était relativement haute, même si cette volonté était affectée par l'attitude des participants envers cette approche et par le niveau d'inquiétude

envers les technologies (Werner, 2004). En novembre 1990, la première expérience française de téléconsultation en psychiatrie a été mise en place à l'hôpital de Tende, chef-lieu de canton de l'arrière-pays niçois. Les pathologies en cause lors de cette expérience étaient majoritairement des syndromes anxio-dépressifs, puis l'alcoolisme, l'agoraphobie, des crises d'angoisse paroxystique et des épisodes délirants. Les patients jugeaient à 95 % la téléconsultation plus aisée qu'une consultation classique et désiraient continuer leur suivi par visioconférence dans 55 % des cas (Stab, Staccini, Lambotin, rampal, M'Madi, et Pringuey). Le groupe des États-Unis, The National Violence Against Women Survey, qui déclare que 1,9 million de femmes subissent chaque année des agressions physiques, a offert à ces groupes de femmes, une évaluation psychiatrique et des traitements à travers un programme de télépsychiatrie. La télépsychiatrie peut fournir l'intervention rapide lors de crise et les services de santé mentale efficaces aux victimes de ces violences dans les zones rurales (Thomas, Miller, Hartshorn, Speck and Walker, 2005).

Les études se poursuivent afin d'améliorer les services en télépsychiatrie. *« Ces nouveaux modes d'organisation offrent des leviers importants de transformation des formes organisationnelles traditionnelles, mais en même temps, représentent des défis importants et concernent le cœur des organisations de santé : la production des soins »* (Sicotte, Lehoux, 2005, p. 165). Hilty et ses collaborateurs (2004; 2002) ont recensé la littérature et conclu que : *« la télépsychiatrie est utilisée avec succès à des fins cliniques, éducatives et de recherche [...], (qu'elle) améliore l'accessibilité aux soins [...] et fait preuve d'une fiabilité certaine pour le diagnostic de divers problèmes de santé affectant des adultes, des enfants et des personnes âgées »* (AETMIS, 2006, p. 6).

Quant au Québec, un projet pilote d'évaluation initiale de patients en psychiatrie de la région de l'amiante a été mené en 1998-1999 entre le Centre hospitalier de la région de l'Amiante (Thetford-Mines) et le Centre hospitalier de l'Hôtel-Dieu de Montmagny (le Réseau informatique, 2001). Comme le Centre hospitalier de l'Amiante (CHRA) faisait face à une pénurie d'effectifs en psychiatrie, un psychiatre de l'Hôtel-Dieu de Montmagny songe à un moyen qui permettrait d'intervenir à distance auprès de la clientèle adulte et ambulatoire. Ce projet d'évaluation psychiatrique avec plan de traitement pour le médecin référant qui fera le suivi du patient, débute en novembre 1998; de novembre à juillet, vingt-

deux séances de vidéoconférence ont eu lieu et 40 des 43 patients référés par vingt-quatre médecins traitants ont été évalués (Fortin, Labbé et Lamarche, 1999). Le projet somme toute a connu plusieurs aspects positifs.

À l'hôpital Sainte-Justine par exemple, un rapport fait état de l'achat et de l'installation d'équipements de télémédecine spécialement dédiés à des activités en télépsychiatrie au Centre hospitalier du Suroît et à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme. Ste-Justine a également des partenaires de projets actifs en télésanté dont, en télépsychiatrie, le Centre hospitalier de Sept-Îles et des projets en développement dans le domaine avec les Centres d'Amos et de Drummondville (Hôpital Sainte-Justine, 2001).

Par contre, les principaux obstacles à la télépsychiatrie sont le plus souvent liés à l'adaptation des médecins et des patients à cette technologie (Hilty *et al.*, 2004; Godleski *et al.*, 2003). Les psychiatres ayant des années d'expérience se voient confrontés à de nouvelles pratiques liant la technologie, et à des restructurations d'importance majeure. Sicotte et Lehoux (2005) rappellent que la capacité à capturer le potentiel de la technologie et à pouvoir réaliser une coordination à distance de la pratique médicale implique la présence d'un dispositif sophistiqué qui, à son tour, implique une restructuration profonde des processus professionnels et organisationnels. Les médecins, parfois même les jeunes, ne sont pas tous habiles à utiliser les NTIC qui peuvent être un facteur contraignant dans l'agenda du médecin. Tant l'apprentissage que l'adaptation jusqu'à l'utilisation des NTIC ajoutées aux autres préoccupations administratives des médecins, peuvent en rebuter certains. La technologie défailante à certaines occasions et qui pourra retarder les processus d'apprentissage et d'application, irrite et pénalise médecin et patient.

Mais au cœur de ces transformations, de ces innovations, de ces progrès, demeure la relation médecin-patient, donc la communication qui doit s'établir entre les sujets. Ce n'est pas parce que la consultation se fait d'une manière différente, à l'aide de technologies, que la consultation se détache de la relation humaine qui se passe entre un médecin et un malade. Au contraire, cette consultation appelle à rejoindre toujours et davantage le dépassement. Ce sont les psychiatres à travers leur pratique en téléconsultation qui mettront en œuvre les approches essentielles au maintien d'une relation de qualité.

« 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 » (AETMIS, 2006, p. X).

En Alberta, des consultations en télépsychiatrie étaient menées en psychogériatrie et dans le domaine de la toxicomanie (Urness, Weisser, Campbell et Hilty, 2003; Picot et Craddock, 2000). Le programme CHIPP de l'Ontario quant à lui, dans les neuf premiers mois du programme, a permis de voir 511 patients en 622 consultations en psychiatrie générale (Urness et al., 2003). Aux Etats-Unis, l'usage de la télépsychiatrie s'est principalement développé en milieu carcéral (Lefranc et Bourgeois, 2005; Birmingham and Leonard, 2003).

La maladie mentale chez l'adolescent est aussi une sous-spécialité depuis longtemps établie. (Gelber and Starling, 2003; Pesämaa, Ebeling, Kuusimäki, Winblad, Isohanni and Moilanen, 2004).

1.4.2 La relation médecin-patient.

« Peu importe qu'un trouble ait une origine psychique ou somatique : de toutes façons, la relation entre le médecin et son malade va décider de ce que deviendra la maladie, de la manière dont elle sera vécue, interprétée, soignée, guérie » (Bensaid, 2004, p. 115).

Avec la venue de la technologie, la rencontre virtuelle qui chambarde l'univers habituel de pratique du médecin, est donc susceptible d'affecter la relation médecin-patient, relation humaine déjà en elle-même très complexe. Elle fait l'objet d'analyses par les plus grands psychanalystes, philosophes, sociologues, communicologues et autres spécialistes. Alors la relation avec un professionnel de la santé, un médecin entre autres qui entre dans l'intimité la plus profonde, scrute le corps et l'âme du patient, ses faiblesses et ses failles, fait de cette relation une affaire délicate. Des facteurs historiques, sociaux et culturels influencent cette rencontre complexe qui convoque non seulement deux individus, mais aussi deux

fonctions, celle du médecin (vers lequel on se tourne avec une demande de soins), et celle de la personne qui devient patient à un moment précis (Louis-Courvoisier, 2001).

Mais le point majeur de l'argumentaire est qu'une communication médecin-patient adéquate est essentielle dans tous les champs disciplinaires de la médecine. (Millette, Lussier et Goudreau, 2004). En médecine, la relation médecin-patient est une composante essentielle de la compétence clinique. Quatre dimensions relationnelles sont proposées dans les principaux modèles conceptuels de la relation médecin-patient :

1. la préoccupation de la personne et de son point de vue (considérer le patient comme une personne en se préoccupant de ses inquiétudes, de son point de vue et de ses besoins);
2. le respect (traiter le patient avec égard, sans le juger);
3. l'écoute empathique (chercher à comprendre ce que le patient ressent et lui manifester sa sensibilité face à ce qu'il vit);
4. et la communication (recueillir et transmettre les informations au patient) (Côté, Savard et Bertrand, 2001).

Au début de la pratique des médecins, le modèle de consultation en était un d'autorité. Le médecin détenait une connaissance que le patient ne mettait pas en doute. De plus, le médecin faisait figure de confesseur, psychologue, thérapeute familial. À moins de consulter un médecin de famille qui pouvait connaître plus intimement son patient, la conduite d'une entrevue consistait, dans un certain détachement, à écouter le patient raconter sa maladie, à l'ausculter, à tenter de réduire ou d'éradiquer sa souffrance. Mais, ce qui est vrai encore, c'est que « *la figure publique du médecin a une incidence certaines sur la relation médecin-malade, et cette figure est constamment en mutation* » (Louis-Courvoisier, 2001, p. 282).

Le médecin français, Pierre Guicheney, a entrepris en 1974 une étude psychologique de la relation médecin-malade, posant la question « *Qu'est-ce que le médecin ?* ». Vingt-sept non-médecins et dix-sept médecins ont été interrogés pour cette étude à travers laquelle Guicheney se donnait comme mandat d'écouter ce que disent l'un et l'autre, médecin et

malade (Guicheney, 1974). L'auteur montre avec évidence les attentes et exigences des patients envers leur thérapeute : la demande de rassurement, les savoirs (technique, sexuel, éthique/normatif, magique, micro-culturel, religieux, le savoir entendre, le savoir parler). Les autres demandes exprimées étaient de cet ordre : être entendu, écouté, compris, l'écoute du corps, de la parole, la demande de vérité, la demande de soins, de guérison (Guicheney, 1974). Des demandes, écrit l'auteur, qui font jouer au médecin des rôles divers et, en premier, celui de « rassureur » (Guicheney, 1974). Il ajoute :

« L'homme n'est pas un organe malade, une « vésicule. » Le malade n'est pas seulement un patient. Il a droit à une approche totale, à un respect permanent de sa dignité, de sa volonté, de sa pudeur, de ses motivations. » (Guicheney, 1974, p. VI).

Le patient se rend chez le médecin pour soigner sa maladie, mais il désire que le médecin entre en relation avec lui, qu'il y ait une alliance entre son médecin et lui. Il a besoin de quelqu'un qui soit attentif et lui consacre tout le temps nécessaire quand il expose son problème.

« Globalement, cette ouverture se reflète par une attitude de respect et de curiosité pour la « réalité » et les croyances de chaque patient » (Millette, Lussier et Goudreau, 2004, p. 116).

L'élément de confiance est tel en santé qu'il peut même participer à la guérison du patient et les émotions jouent donc un rôle important au cœur de la relation médecin-patient. C'est une relation affective dans laquelle se trouvent impliqués l'un et l'autre des participants (Guicheney, 1974). Autant le médecin que le patient vivra des émotions diverses qui auront une influence dans la relation et la réussite de cette rencontre entre les deux acteurs. Le médecin et le patient auront donc aussi besoin de contact et d'échange réels dans une relation qui évolue aujourd'hui et devient plus exigeante.

« Emotions, always present, rending communication more valid and real. We need to recognize, express and respond to emotions. An emotionless patient becomes a distant and impersonal object, an « it ». When emotions are incorporated the patients is « him » with whom I share and dialog. Empathy is an emotional comprehension, a personal bond. It improves relationships and creates links. Compassion is a variation of empathy that includes spiritual aspects and values. (Baeza et Weil, 1998, p. 1255).

« *It has been strongly recommended that physicians learn to become compassionate and empathetic when caring for patients and to understand patients' views* » (Association of American Medical Colleges, 1998; Meryn, 1998, p. 238).

En 1996, le Collège royal a adopté un cadre innovateur pour l'enseignement de la médecine appelé le cadre des compétences essentielles des médecins CanMEDS. Fondamentalement, CanMEDS est une initiative visant à améliorer les soins aux patients. Son objectif est d'articuler une définition complète des compétences requises pour l'enseignement et la pratique de la médecine. CanMEDS explique les aptitudes perçues depuis longtemps chez les médecins hautement spécialisés et les met constamment à jour pour la médecine d'aujourd'hui — et de demain. Le Collège royal (2001) a illustré dans un schéma les éléments et les interdépendances des rôles CanMEDS, personnifiés par les médecins compétents : expert médical (le rôle pivot), communicateur, collaborateur, promoteur de la santé, gestionnaire, érudit et professionnel. Tous ces rôles que doit endosser le médecin lui permettront de créer une relation médecin patient qui combine des éléments recherchés d'expertise et de communication.

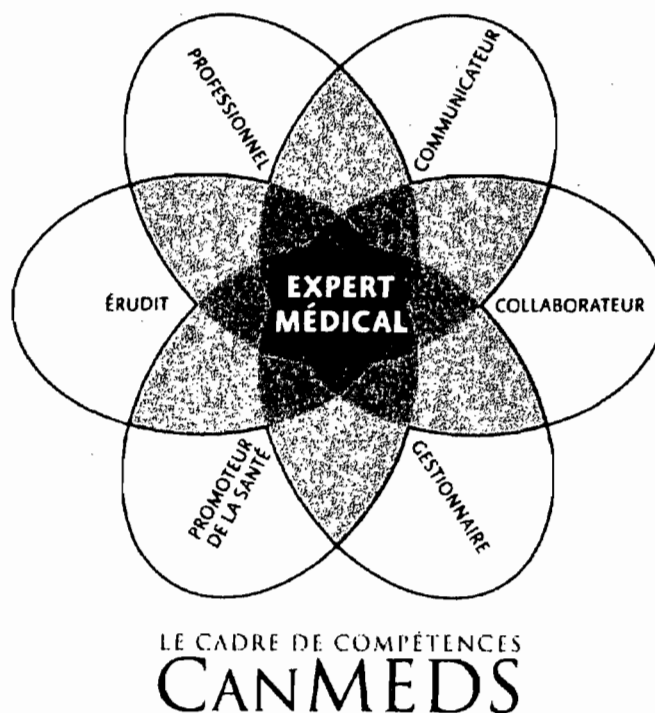


Figure 1. Le cadre des compétences CanMeds (Collège Royal des médecins et des chirurgiens du Canada 2001)

La Faculté de médecine de l'Université de Montréal qui se penche sur la formation des futurs praticiens affirme : « *Le médecin de demain ne devra pas seulement être compétent, il devra aussi soigner sa relation avec le patient* » (Le Journal de la Faculté de médecine, 2005, p. 1). Les cliniciens expérimentés et les chercheurs des domaines de l'éducation médicale et de la communication soulignent le rôle central et obligatoire de la communication médecin-patient au cours de la démarche clinique pour assurer le succès des stratégies de diagnostic et de traitement (Millette, Lussier et Goudreau, 2004).

La relation médecin-patient est complexe et souvent source d'angoisse pour le patient qui ne possède pas les mêmes compétences et le savoir du médecin. Ce sont des éléments que le médecin aura à gérer et il devra aussi tenir compte d'un nouveau besoin d'adaptation lors de consultations qui exigent l'emploi des technologies.

Une étude sur les effets de l'empathie du médecin envers les patients a été réalisée dans un hôpital universitaire en Corée, avec la collaboration de 550 patients. Son but consistait à développer de nouvelles échelles de mesure des échanges/interrelations reliées à l'empathie tels que perçus par le patient, de tester un modèle sur les relations entre, d'une part l'empathie et autres paramètres reliés à l'empathie du médecin et, d'autre part, la satisfaction et la fidélité des patients. (Kim, Kaplowitz et Johnson, 2004).

Les résultats de cette étude montrent que l'empathie du médecin influence sensiblement la satisfaction et la fidélité du patient, que le meilleur moyen d'augmenter cette satisfaction et la fidélité est d'être empathique, donc faire un bon usage des habiletés de communication. Les auteurs font un parallèle entre l'augmentation de la satisfaction des patients et la réduction du coût économique parce que le patient évitera de changer de médecin ou d'intenter des poursuites. De plus, l'étude suggère une stratégie pour les hôpitaux : celle d'offrir un programme pour augmenter les habiletés de communication empathique des médecins (Kim et al., 2004).

La qualité de la relation médecin-patient doit être maintenue en télémédecine et en télépsychiatrie.

1.4.3 La communication

Il existe un paradoxe de la communication. Apparemment, communiquer est l'acte le plus simple et le plus banal qui soit. Or, cinquante ans de recherches sur la communication nous ont appris tout le contraire :

- les messages que nous envoyons sont rarement clairs et univoques mais comportent toujours une pluralité de significations;
- le récepteur est rarement un sujet passif qui se contente d'enregistrer les données transmises : il les filtre, les sélectionne, les transforme. Le canal et le contexte de la communication interviennent à leur tour sur le contenu du message;
- enfin et surtout, on découvre que communiquer ce n'est pas seulement informer, c'est aussi chercher à influencer autrui, à se mettre en scène, à séduire ou à se défendre.

« Bref, la communication est rarement transparente. C'est un acte complexe, élaboré et fragile » (Dortier, 1998, p. 89).

Le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario publiait dans un de ses rapports qu'au cours de la dernière décennie, la grande majorité des plaintes que cet ordre professionnel a reçues de la part des patients visaient des problèmes de communication avec leur médecin et non des fautes médicales (Le Devoir, 2006). Si donc la communication face-à-face est problématique parfois, nous devons envisager que la communication à distance demandera à être évaluée de près. Mais, aujourd'hui des efforts sont faits afin de retrouver un équilibre en prodiguant des soins qui combinent à la fois la technologie et une approche centrée sur le vécu du patient (Stewart, 2006).

Il y a plusieurs années, la rencontre médecin/patient était axée sur les soins à prodiguer au patient, chercher à le guérir, le conseiller dans un plan de traitement approprié, et le convaincre de le suivre. Le médecin avait aussi la mission d'annoncer au patient son diagnostic, ce qui s'avérait difficile lors de maladies graves. Comme le médecin détenait

autorité et pouvoir, le patient, peu connaissant en matière de santé, formulait peu d'exigences. Maintenant, cette rencontre se passe dans des conditions différentes et même si tous les objectifs à atteindre demeurent sensiblement les mêmes, la société a changé, et médecin et patient également. Devant le défi évident de réussir la consultation face à face avec le patient, ajouter à cette rencontre la technologie, montre clairement que des ajustements, des compromis de part et d'autre des acteurs seront à faire, au moment où le patient exige plus de communication au cœur de la relation avec son médecin.

Comme le précise le docteur Migeotte : « *Notre pratique qui était jadis « médico-centriste » évolue vers une pratique centrée sur le patient* » (Migeotte, 2002, p. 161). Il ajoute que c'est un devoir déontologique de bien communiquer avec son patient. Surtout que le nombre des patients s'accroît et l'analyse des tâches du médecin conduit à constater que ce dernier effectue plusieurs milliers d'entrevues durant sa carrière (Millette, Lussier et Goudreau, 2004).

Aussi, communiquer au moyen des technologies peut parfois s'avérer difficile. La communication touche deux aspects : le contact entre le spécialiste et son patient et les technologies elles-mêmes. Comme le soulignent Onor et Missan (2005) : « *This may introduce a different form of interaction between the doctor and the patient with different visual and auditory content. Hence, we may need to reconsider the variables at play such as : time and environment (walls, background), doctor's clothing, doctor's attitude : instrumental versus affective behaviours.* » Aussi, la communication passe et est supportée par différents paramètres : qualité de l'image, comment sera habillé le médecin et comment il bougera à l'écran, son attitude, etc..

Les délais de réception dans la conversation sont également importants. Certaines personnes ont donc vécu des expériences comme le décalage avant de parler, ce qui s'avérait être fatigant, dérangent et quelques personnes ont rajouté que l'écho de leur voix les avait agacées (Fortin, Labbé et Lamarche, 1999). En téléconsultation, certains paramètres peuvent être prévus et/ou corrigés, mais la technologie demeure l'élément le moins prévisible.

Toutes les facettes de la communication seront importantes. Et la communication, c'est aussi à travers la formation que médecins et/ou spécialistes, seront initiés. Nous tenterons de voir quel accent est mis dans le cheminement universitaire du résident concernant ces nouvelles pratiques engageant communication et NTIC.

« Une communication efficace avec les patients est indispensable tant pour le patient que pour le médecin. Elle doit accompagner toutes démarches médicales : prévention, examens diagnostiques, prescriptions thérapeutiques, suivi longitudinal. Elle a des impacts démontrés sur divers indicateurs de santé. Son apprentissage constitue un objectif important dans la formation du médecin. Et c'est également un devoir déontologique » (Migeotte, 2002, p. 161).

Le but de l'entrevue médicale ou consultation avec le patient est d'obtenir de l'information pour établir un diagnostic par le biais d'une communication empathique qui mènera le médecin à mieux se renseigner sur la maladie de son patient, et établir avec lui un contact plus personnel (Baeza and Weil, 1998). Au sein d'une consultation avec son médecin, la communication entre les deux parties revêt donc une importance particulière. Tout ce que révélera le patient sera pris en compte par le médecin car tout élément de la conversation peut amener un éclairage nouveau sur l'état du patient. *« When physicians examine patients, they may engage in several forms of communication »* (Heritage and Stivers, 1999, p. 1501).

Certains croient que la télémédecine viendra altérer la relation médecin-patient (Miller, 2003). Parce qu'en télépsychiatrie, un nouveau style de communication entre médecin et patient s'établit, la communication est soumise à plus de facteurs qu'en consultation face à face : consultation à travers un écran où l'image, la voix, le décor, le son, tout ce qui est habituel et à proximité dans le bureau du psychiatre, est différent en téléconsultation parce qu'à distance. Une période d'apprentissage est exigée.

Tous ces éléments montrent aussi la fragilité d'une relation et cette pratique n'est pas appropriée pour tous les patients. Les gens qui présentent des déficiences auditives, visuelles ou cognitives limitant leur capacité de communiquer par l'entremise de cette méthode, ne peuvent être traités en télépsychiatrie (Perreault, 2006). Pour d'autres patients, consulter par écran peut leur permettre une plus grande.

Quoiqu'il en soit, il est certes plus difficile de saisir une relation à distance. « *La communication directe est cruciale, dit la psychiatre Dumont et cette relation est la base de la psychiatrie, la relation face à face qui révèle aussi tout le non-dit.* Docteure Dumont rappelle que les patients ne souffrent pas tous de la même maladie, ni n'éprouvent les symptômes à un même degré, que souvent les patients sont instables et la plupart souffrent de maladies très graves comme la schizophrénie, des psychoses et que : « *le contact est la force du médecin pour bien saisir toutes les facettes du patient et de sa maladie* » (Dumont, 2005). Une approche humaine et une communication claire et appropriée semblent avoir un effet positif sur l'attitude du malade et sur l'évolution de son état. La communication est la base de la relation médecin-patient (Lamontagne, 2005).

De nombreuses études (Miller, 2003; Tamblyn, Abrahamowicz, Dauphine, Wenghofer, Jacques, Klass, Smee, Blackmore, Winslade, Girard, Du Berger, Bartman, Buckeridge et Hanley, 2007; Onor et Misan, 2005; Millette, Lussier et Goudreau, 2004) montrent sans cesse la relation importante d'une bonne communication entre médecin-patient. Le psychiatre Y. Lamontagne (2005) rapporte entre autres deux études. La première étude où des malades qu'on devait opérer ont été répartis en deux groupes. Le premier groupe a reçu de la part du chirurgien des explications sur la nature de l'opération et ses conséquences, de même que sur la période postopératoire, alors que l'autre groupe a reçu peu ou pas d'explications. En matière de résultats, les patients du premier groupe ont non seulement séjourné moins longtemps à l'hôpital après l'opération, mais ils ont aussi présenté un taux de complications plus bas que le second groupe. La seconde étude menée en milieu hospitalier, où on a demandé à un groupe de médecins de s'asseoir près du lit du malade pendant cinq minutes au cours de leurs visites et à un autre groupe, de se tenir debout près du lit, aussi pendant cinq minutes. Par la suite, on a demandé aux malades d'estimer la durée de la visite du médecin dans la chambre. En moyenne, les malades du premier groupe ont évalué à 10 minutes la présence du médecin, alors que ceux du second groupe l'estimaient à 3 minutes (Lamontagne, 2005).

L'étude de Miller (2003) qui portait sur 57 projets en télépsychiatrie et notamment sur la relation de communication entre le médecin et son patient, résume les résultats positifs et

négatifs en rapport avec la communication dans ces études. Dans cette étude, nous pouvons entre autres voir les résultats qui montrent plusieurs facteurs pris en compte dans l'analyse de la satisfaction des patients qui ont utilisé la télépsychiatrie.

Avec l'apport des NTIC et donc de la téléconsultation, la communication entre médecin et patient prend une autre dimension. Les résultats de l'étude de Miller sur divers projets de téléconsultation montrent que (tableau p. 40), des 23 éléments de communication analysés dans les études, seul le comportement non verbal ressort plus souvent négativement (22 occurrences) que positivement (6 occurrences) (Miller, 2003).

Suite à ces résultats, nous pouvons constater que les répondants sont assez positifs quant à l'efficacité de la communication, le confort, la satisfaction par rapport à cette expérience, la qualité de la technologie. C'est en particulier la communication non verbale qui demeure plus fragile.

« With more than 75 % of the abstracted findings being rated positively and with all but one of the 23 communication categories reporting more positive than negative results, the present review strongly favours doctor-patient communication via telepsychiatry » (Miller, 2003, p. 67). Suite à ces constatations, Miller dit qu'il est nécessaire de poursuivre les études dans ce sens afin de comprendre la dynamique interpersonnelle associée en télépsychiatrie et ses effets sur les patients. Il ajoute que les études futures permettront également de développer et de mettre en application des améliorations et des ajustements technologiques pour faciliter la communication entre médecins et patients (Miller, 2003).

Category (no. of studies)	Positive findings (no.)	Negative findings (no.)
Satisfaction (23)	53	3
Outcomes/care quality (24)	51	9
Technology/system attributes (25)	33	19
Participant relations (25)	31	6
Assessment/diagnosis (24)	29	12
Favoured video consultation (18)	27	12
Patient comfort (20)	24	2
Video quality (23)	21	9
Communication efficacy (19)	20	6
Patient expression (15)	19	2
Audio quality (14)	16	13
Anxiety/nervousness (9)	13	3
Miscellaneous affect (7)	12	4
Multiple providers (12)	12	2
Embarrassment (9)	10	3
Provider understanding (5)	7	2
Provider comfort (7)	7	0
Provider expression (6)	6	1
Patient involvement (6)	6	0
Non-verbal behaviour (23)	6	22
Privacy (8)	5	3
Patient understanding (5)	4	1
Shorter encounter length (4)	3	1
Total	415	135

Tableau 2. Nombre d'occurrences positives et négatives des éléments de communication en télépsychiatrie (Miller, E.A. (2003) « *Telepsychiatry and Doctor-Patient Communication – an analysis of the empirical literature* », p. 39)

1.4.4 Communication non verbale

« La communication est un processus social permanent intégrant de multiples modes de comportement : la parole, le geste, le regard, la mimique, l'espace interindividuel, etc. Il ne s'agit pas de faire une opposition entre la communication et « la communication non verbale » : la communication est un tout intégré » (Winkin, 1981, p. 24).

La communication est un tout, mais dans notre étude, nous avons choisi de dissocier le verbal du non-verbal et, à la lumière des études de Miller (2003), nous pouvons aussi remarquer les éléments distincts qui prennent toute leur importance comme l'ont mentionné les patients.

Une part importante de la communication entre le médecin et le patient passe infailliblement par le non-verbal. *« It is estimated that only 7 % of emotional communication takes place verbally; 22 % is conveyed by tone of voice, 55 % by body posture, gaze and eye contact » (Onor and Misan, 2005, p. 103).* Et là peut-être plus que dans toute autre relation avec nos pairs, le non-verbal vient révéler ce que le patient ne dit ou ne peut dire. La communication non verbale, ce sont les mouvements corporels, mais aussi la posture, la gestuelle, la mimique, l'inflection de la voix, la succession, le rythme et l'intonation des mots, et toute autre manifestation non verbale dont est susceptible l'organisme (Watzlawick, Beavin et Jackson, 1972).

Cette communication non verbale qui est l'élément que les patients ont relevé comme ayant été moins bien vécu en consultation de télépsychiatrie, revêt une importance capitale car, ce que le psychiatre pourra ou non voir à l'écran, est une part importante pour son diagnostic. Il ne peut pas se contenter de données obscures, il ne peut pas forger son diagnostic sur des tâtonnements car c'est en sondant le regard, les gestes de son patient, même ses silences que le psychiatre se forgera une idée de son patient et de sa maladie. Sinon, une infirmière devra assister le patient et ainsi pourra transmettre au psychiatre toute indication non verbale : rougissement du patient, les mouvements qu'il fait, la tension qu'il dégage, etc., tel que mentionné dans le rapport d'évaluation du projet de télépsychiatrie entre l'Hôtel-Dieu de Montmagny et le CHRA : *« tous les signes présentés par le patient tels tremblements, rougeur, diaphorèse, imperceptibles au psychiatre sont rapportés par*

l'infirmière qui est sur les lieux » (Fortin, Labbé et Lamarche, 1999, p. 15). Pour les psychiatres, soulignent ces auteurs, de ne pouvoir capter certains signes que présente le patient est un inconvénient important ainsi que l'image qui se « désagrège » lorsque patient bouge beaucoup (Fortin et al., 1999).

« Les mimiques faciales en particulier sont considérées depuis Darwin (1972) comme les supports expressifs privilégiés des diverses émotions, elles indiqueraient la « qualité » de l'émotion, tandis que les autres indices corporels, gestes, postures révéleraient plutôt l'intensité émotionnelle ou les affects toniques (aspect figé du déprimé, expressif de l'excité, sthénique du paranoïaque...) » (Cosnier, 1996, p. 5).

Le psychiatre doit bien sûr établir une anamnèse, mais une grande part de ce qu'il apprendra sur son patient, passera par le langage corporel. La communication dans sa totalité est donc un élément indissociable de la réussite d'une bonne relation entre médecin et patient. Mais, pour que la relation puisse se réaliser entre le médecin et son patient, pour que s'établisse la communication, un lien de confiance doit se créer.

1.4.5 La confiance

« Être médecin ne suffit pas pour soigner. Seul est habilité à le faire celui auquel va la confiance du malade » (Guicheney, 1974, p.44).

L'alliance entre le médecin et son patient demeure un élément impératif pour la réussite de cette rencontre. La confiance fait également partie de nombre de relations avec nos semblables. Aussi, devient-elle plus importante et primordiale dans la rencontre médecin-patient.

La confiance est un élément important de la relation patient-médecin. Dès le début de son étude, Guicheney le rappelle et insiste sur l'élément de confiance : *« Nous nous sommes aperçus dès les premiers entretiens lors de notre enquête, que le mot « confiance » revenait sans cesse comme leitmotiv »* (Guicheney, 1974, p. 5). Il ajoute : *« En effet, si elle ne réussit pas à s'établir, la relation devient impossible et, en général, le patient quitte le médecin »* (Guicheney, 1974, p. 8).

Mais comment pouvons-nous définir la confiance ? Si nous nous référons aux définitions lexicales des dictionnaires, la confiance est « *ce sentiment de pouvoir se fier à quelqu'un, à quelque chose en toute sécurité* » (De Villers, Marie-Éva « *Multi dictionnaire de la langue française* », Québec Amérique, 1997, p. 325), « *espérance ferme, assurance de celui, celle qui se fie à quelqu'un ou à quelque chose* » (Le Nouveau Petit Robert de la langue française 2007, p. 502), ou « *un sentiment de sécurité d'une personne qui se fie à quelqu'un, à quelque chose* » (Dictionnaire Le Petit Larousse illustré, 2005, p. 278).

En consultation, il se crée une chimie entre le patient et le médecin et des rôles se mettent en place entre eux afin que l'alliance thérapeutique continue d'exister. La suite de cette consultation, comment le patient va prendre en main sa santé, suivre les conseils du médecin, ces éléments seront des indicateurs de la mise en place de cette confiance mutuelle. Si le médecin ne ressent pas l'ouverture du patient envers lui, la consultation peut être vouée à l'échec.

« *The first few minutes of the interview create « first impressions », can affect how the relationship develops* » (Onor et Misan, 2005, p. 104)

Après tout, le patient fait confiance à cette personne qui a les qualifications et qu'il pense être le meilleur pour identifier et régler ses problèmes. La confiance se forge aussi autour de l'expertise du médecin, de la force et de la réputation d'une institution.

Donc, en télépsychiatrie, comment le médecin transposera-t-il ces éléments de communication et de confiance dans une consultation à distance ? Quels seront ses repères pour se rendre compte de signes non évoqués ? La distance entre le médecin et le patient en consultation de télépsychiatrie peut être réduite ou abrégée par l'attitude du médecin. Le médecin doit conduire l'entrevue et éviter les silences qui créent l'anxiété (Onor et Misan, 2005).

Comme en relation face à face, en télépsychiatrie, des facteurs peuvent influencer la confiance : le climat entourant l'accueil, la présence d'intervenants, le ton et timbre de la voix à travers l'écran, le contact visuel, l'environnement sera-t-il propice à une bonne rencontre ou sujette à stresser le patient (le lieu, l'espace, endroit connu ou nouveau,

grande salle ou pièce plutôt exigüe), le décor, la présence des machines. Le psychiatre et le patient se trouvent à des kilomètres de distance. Le psychiatre aura une double tâche : mener à bien sa consultation et faire en sorte que le patient se sente en confiance.

La confidentialité par exemple est un autre facteur qui entre en jeu. Le patient peut s'interroger si le psychiatre est vraiment seul ou si l'entrevue est enregistrée ou, ce qu'il adviendra de la consultation s'il y a une défaillance, des délais dans la transmission (son et image), et d'une possible interruption de sa consultation. Il devra là aussi faire confiance aux équipes en place.

« Pour les médecins aussi la confiance du malade est nécessaire, sinon indispensable, pour établir une bonne relation thérapeutique » (Guicheney, 1974, p. 11). Le psychiatre à son tour, aura besoin de ressentir cette confiance car elle lui fournira un avantage pour le déroulement de sa consultation par vidéoconférence.

Dans ce volet, nous avons voulu jeter un regard sur la consultation face à face versus consultation à distance, de cerner les caractéristiques de l'une et de l'autre, voire ses ressemblances et/ou ses différences.

La rencontre face à face est réelle et nous pouvons la définir comme une rencontre naturelle où les deux acteurs bénéficient de plus d'intimité; la rencontre virtuelle qui possède aussi ses propres attributs, ne permet pas un contact direct des acteurs comme le montre ce schéma.

<i>Rencontre face-à-face</i>	<i>Rencontre virtuelle</i>
<i>Deux humains l'un en face de l'autre</i>	<i>Deux humains face à une image l'un de l'autre</i>
<i>Aucun appareil entre le médecin et son patient</i>	<i>Appareils entre les deux acteurs (caméra – moniteur)</i>
<i>Contact physique possible (poignées de main, gestes cordiaux)</i>	<i>Contact physique impossible</i>
<i>Les voix sont naturelles, reçues et entendues en temps réel</i>	<i>Voix électronique (timbre modifié)</i>
<i>Le contact visuel</i>	<i>Contact visuel via un écran (difficulté ou impossibilité de capter le regard ou la personne dans sa totalité) Le non-verbal peut être imperceptible</i>
<i>Endroit de consultation habituel et connu (espace commun partagé)</i>	<i>Endroit de consultation peut varier (2 espaces distincts)</i>
<i>Confidentialité assurée par la présence d'un seul thérapeute, et physiquement dans des bureaux habituellement insonorisés</i>	<i>Possiblement présence d'un tiers ? Possibilité d'enregistrement de l'entrevue</i>

Tableau 3. Paramètres de la rencontre face à face versus la rencontre virtuelle

1.5 Formation des médecins

C'est au cours de sa formation à l'université que le jeune médecin va acquérir ses connaissances théoriques ainsi que les autres habiletés nécessaires à sa pratique de médecin. C'est auprès de ses formateurs qu'il trouvera un modèle pour savoir comment intervenir auprès des malades afin que sa future pratique rencontre tous les critères d'une bonne relation médecin-patient.

Le docteur Michael Balint, médecin psychiatre et psychanalyste en Hongrie, fut l'un des premiers, à montrer que la relation médecin-malade est plus qu'une simple relation professionnelle et technique. Constatant l'échec de l'enseignement de la psychologie médicale voire la psychothérapie, Balint décida de passer d'une « compréhension intellectuelle à une compréhension émotionnelle des patients » (Coudreuse, J.-F, 2007). En 1957, le docteur Balint qui s'interrogeait sur la relation médecin-patient, formulait le problème en posant cette question : « *Pourquoi, en dépit d'efforts sérieux de part et d'autre, la relation entre malade et médecin est-elle si souvent insatisfaisante, voire malheureuse ?* » Afin de remédier à cet état de choses, il initia des groupes de discussions, de recherche et de formation. « *Nous avons travaillé uniquement, dit-il, au moyen de discussions en groupe, chaque groupe comprenant de huit à dix médecins omnipraticiens et un ou deux psychiatres. Les groupes se réunissaient une fois par semaine pendant une durée totale de deux à trois ans* » (Balint, 1957, p. 10-13). Le but principal de ces rencontres avec le docteur Balint et les médecins, était d'examiner aussi complètement que possible la relation toujours changeante entre médecin et malade, c'est-à-dire d'étudier la pharmacologie du « médecin en tant que remède. »

La société d'aujourd'hui réclame des médecins plus humains et communiquant mieux avec les patients. Les cliniciens expérimentés et les chercheurs des domaines de l'éducation médicale et de la communication soulignent le rôle central de la communication médecin-patient dans la démarche clinique, pour le succès des stratégies de diagnostic et de traitement. Les organismes d'accréditation de plusieurs pays exigent une amélioration majeure des habiletés de communication des médecins (Millette, Lussier et Goudreau, 2004).

Les données de la recherche et l'opinion des experts du domaine permettent de suggérer que les six éléments suivants devraient être inclus dans une stratégie de formation visant l'apprentissage réussi de la communication professionnelle par les médecins. (Millette et al., 2004).

1. Un référentiel basé sur les données scientifiques probantes.
2. Une pratique des habiletés avec une rétroaction spécifique.
3. Un cursus cohérent et longitudinal.
4. Un processus d'évaluation des apprentissages.
5. Des activités de « découverte de soi. »
6. Des cliniciens, modèles de rôle.

Tableau 4. Les éléments d'une stratégie efficace pour l'enseignement et l'apprentissage de la communication (Tiré de : Millette, Lussier et Goudreau, 2004, p. 113)

Le message aux étudiants devrait donc être explicite et sans ambiguïté : l'obtention du diplôme de médecine et le droit d'exercer à titre de clinicien exigent l'acquisition des habiletés de communication (Millette *et al.*, 2004). Nous pouvons constater toute l'importance qui est dévolue à la communication médecin-patient.

Des organismes comme le Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada et le Collège des médecins du Québec supervisent la formation médicale des spécialistes au Canada. Le Bureau de l'éducation du Collège royal :

- détermine les exigences des programmes d'études médicales postdoctorales de 60 spécialités médicales, chirurgicales et de deux programmes particuliers;
 - agrée les programmes de résidence de spécialité;
 - évalue l'admissibilité des candidats aux examens du Collège royal;
 - administre les examens menant au certificat du Collège royal
- (Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada, 2007).

Et, afin de pouvoir effectuer une demande de permis d'exercice auprès du Collège des médecins du Québec, les résidents doivent préalablement réussir à l'examen de leur spécialité du Collège royal (Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada, 2007).

Les résidents sont donc soumis à des exigences nombreuses et très strictes et à des évaluations poussées avant de pouvoir exercer dans leur discipline. Parmi ces exigences, il est demandé aux résidents des habiletés de communication et cette formation que reçoivent les étudiants en médecine met de l'avant les principes d'empathie avec le patient : « *l'étudiant doit être en mesure de parler aux patients, de les écouter et de les observer afin d'obtenir avec efficacité et compétence des renseignements, de décrire l'humeur, l'activité et la posture ainsi que de percevoir la communication non verbale* » (Conseil des facultés de médecine de l'Ontario (COFM), 2003). Le médecin a appris jusqu'à maintenant comment convaincre son interlocuteur de suivre un plan de traitement ou comment annoncer un diagnostic de maladies graves aux patients. Le médecin de demain ne devra pas seulement être compétent, il devra aussi soigner sa relation avec le patient : « *Désormais, on exigera des futurs médecins qu'ils sachent communiquer, qu'ils soient respectueux envers leurs patients, qu'ils expliquent bien au patient ce qui se passe* » (Le Journal de la Faculté de médecine, 2005, p. 1, 2).

Communiquer avec les patients atteints de maladie mentale relève un autre défi. Au cours de leur étude sur les moyens d'enseigner la communication aux résidents patients atteints de maladies mentales, les chercheurs Iezzoni, Ramanant Lee (2006) ont noté que, la plupart des médecins reçoivent peu de formation pour communiquer avec les patients psychiatisés et peuvent sentir de l'inconfort ou de l'incompétence. Les résidents affirment même éprouver certaines craintes vis-à-vis certains patients, des sans-abris entre autres ayant abusé de drogues ou d'alcool et qui sont sales et négligés. « *I hate to say it, but I do not want to deal with that patient. The odor itself is so repulsive. He's still a person – he's still a patient* », déclare un étudiant interviewé lors de cette étude qui conclut que tous les médecins travaillant directement avec les patients qui nécessitent des soins, ont besoin d'outils de communication et de confiance afin de bien communiquer avec les patients atteints de maladies mentales majeures (Iezzoni et al., 2006, p. 113, 1115). Les personnes atteintes de graves maladies mentales elles-mêmes rapportent la difficulté de trouver des médecins empathiques et s'inquiètent que les médecins comprennent mal leur maladie et négligent leurs plaintes en tant que patients (Iezzoni et al., 2006).

Onor et Misan (2005) rappellent que la communication virtuelle réduit le contact personnel avec le médecin et/ou le spécialiste. C'est pourquoi il serait important qu'une formation adéquate soit offerte aux résidents qui seront un jour ou l'autre confrontés au cours de leur résidanat à ce genre de pratique aux côtés de leurs superviseurs et dans leur pratique future. L'un des objectifs du Comité de télépsychiatrie de l'AMPQ est d'ailleurs d'accroître les opportunités de formation, de perfectionnement professionnel et de recherche (AMPQ, 2005)

Le but de notre recherche étant de mettre en parallèle la relation médecin-patient en face à face et en téléconsultation et de mettre à jour les diverses méthodes employées par les psychiatres lors des consultations à distance afin de réaliser une consultation réussie, nous avons étudié la problématique du point de vue des psychiatres. Des différents domaines de la télépsychiatrie, nous avons choisi d'étudier la consultation.

À la lumière des études précédentes, il nous paraît pertinent de poser les questions de recherche suivantes :

- Comment les psychiatres déjà en pratique participeront-ils à mettre en place, en télépsychiatrie, une relation médecin-patient comparable à la relation face à face ?
- Existe-t-il de nouveaux outils dans la formation des futurs psychiatres qui leur permettront d'être plus aptes à réaliser des consultations à distance ?

Notre hypothèse est que, puisque la consultation chez le psychiatre requiert une relation médecin-patient empreinte de contacts humains où domine particulièrement un climat de confiance et de confidentialité, la consultation à distance devra contenir les mêmes éléments de réussite et posséder des caractéristiques indispensables — ou en développer de nouvelles — afin que le patient retrouve cette alliance thérapeutique qui construit une relation médecin-patient. Comme les deux rencontres sont très différentes, nous croyons qu'il devrait y avoir une approche particulière en téléconsultation qui permet à celle-ci de satisfaire le médecin et surtout le patient.

Aussi, nous avons choisi la théorie des systèmes comme cadre théorique.

1.6 La théorie des systèmes

Le mot système dérive du grec « systema » qui signifie « ensemble organisé ». Selon Bertalanffy (1973), un système est « un complexe d'éléments en interaction. » La théorie des systèmes a pris naissance dans les années 1940, mais s'est surtout développée dans les années 1970 et se concentre sur l'étude des systèmes complexes, c'est-à-dire l'étude d'ensembles complexes dont la difficulté est de réduire les systèmes par analyse et en les découpant. Les situations dites complexes sont caractérisées par un ou plusieurs attributs. Elles sont floues, changeantes et peu structurées. Elles peuvent être étudiées sous différentes perspectives, sous différents angles, en fonction de plusieurs structures cognitives et de divers systèmes de valeurs. Elles englobent plusieurs problèmes relativement simples à première vue, mais qui ne peuvent se résoudre individuellement sans affecter les autres et sont caractérisées par une variété importante de sous-ensembles possédant des fonctions spécialisées et organisées au niveau hiérarchique interne. Enfin, elles doivent être envisagées sous l'angle de la multirationalité (Lapointe, 2007).

La tendance à analyser les systèmes comme un tout plutôt que comme des agrégations de parties, est compatible avec la tendance de la science contemporaine à ne plus isoler les phénomènes dans des contextes étroitement confinés, à ne plus décortiquer les interactions avant de les examiner, à regarder des « tranches de nature » de plus en plus larges (Bertalanffy, 1973). Ackoff (1972) abonde dans le même sens : « *aujourd'hui, les objets à expliquer sont considérés comme parties de plus grands tous, plutôt que comme des tous qu'il faut décomposer en parties.* »

Étudier la télépsychiatrie à l'aide de la théorie des systèmes revient à modéliser les interactions dynamiques entre les éléments de ce système. Il s'agit donc d'identifier tous les éléments de ce système, les intrants, les extrants, les interrelations entre les éléments et les boucles de rétroaction qui permettent au système de s'autoréguler. Ainsi, si l'on regarde le système de façon globale, l'intrant pourrait être la qualité attendue de l'offre de service et

l'extrant serait la qualité réelle ou actuelle; on pourrait alors représenter le système selon l'illustration suivante :

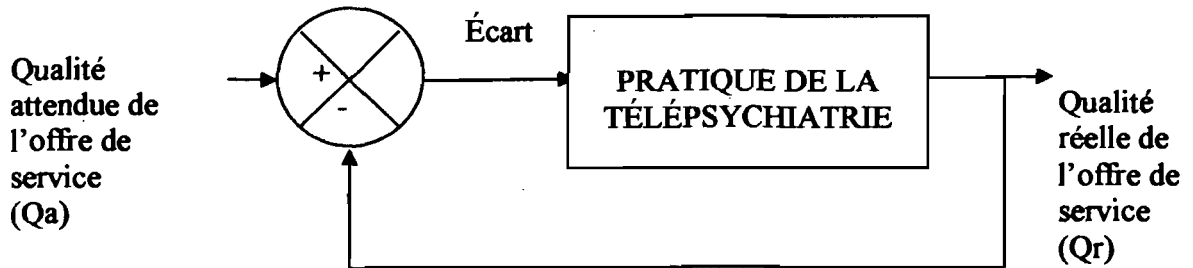


Figure 2. Écart entre la qualité attendue et la qualité réelle

Dans ce schéma, l'écart représente la différence entre la qualité attendue et la qualité réelle. Il correspond à la mesure de divers indicateurs. Si l'écart est positif et croissant, c'est que le résultat obtenu (l'extrant) est inférieur à ce qui est attendu. Nous sommes alors en présence d'une rétroaction positive et le système est instable et tend vers un déséquilibre; il risque alors l'éclatement c'est-à-dire dans notre cas l'abandon de la pratique de la télépsychiatrie faute de résultats suffisamment valables.

Si, au contraire, l'écart est négatif ou décroissant, alors la qualité obtenue est proche ou supérieure à ce qui est attendu. Il y a alors rétroaction négative et le système est stable, en équilibre, et sa pérennité est assurée. Évidemment, la pratique en télépsychiatrie, considérée comme un système, s'inscrit dans un système encore plus grand, soit la pratique psychiatrique dans son ensemble, elle-même un sous-ensemble du système de santé.

La relation médecin patient se situe au cœur de la pratique de la télépsychiatrie. Elle est évidemment centrale à la pratique psychiatrique en général. Elle constitue donc un élément clé, une des principales dynamiques pouvant amener succès ou échec du système. C'est cette relation qui fait l'objet de ce mémoire où nous comparons la téléconsultation avec la consultation face à face. Ici nous considérons que la relation face à face est la référence, le standard à atteindre en quelque sorte pour la téléconsultation. La qualité de la relation face à face correspondrait à la qualité attendue dans le schéma monté plus haut. L'écart

correspond alors à la différence observée au niveau de divers indicateurs entre leur valeur en face à face et leur valeur en téléconsultation. Par exemple, le contact entre médecin et patient, la transmission de la voix et de l'image, l'observation du langage non verbal (le comportement) sont des indicateurs pouvant être mesurés qualitativement pour apprécier de façon globale la qualité de la relation médecin patient. C'est ce que nous avons tenté de faire à travers les entrevues que nous avons réalisées. Ces indicateurs dépendent bien sûr de la technologie utilisée mais aussi de plusieurs autres facteurs tels l'environnement (le cadre physique), l'apprentissage du médecin, son degré de maîtrise (ou d'appréhension) de la technologie et de ce mode de pratique, du patient qui peut être à l'aise ou non, d'éventuels problèmes techniques, du cadre organisationnel, etc. On le voit donc, une dynamique complexe s'installe et vient régir le comportement du système.

Donc, l'interaction constante entre les éléments du système — un changement apporté à un endroit du système — entraîne des ajustements ailleurs, tout comme dans les programmes de télépsychiatrie. Par exemple, une modification d'un sous-ensemble du système entraîne des réajustements plus ou moins importants au niveau des autres composantes du système. Cet aspect d'interaction et d'interdépendance est également applicable aux relations qui existent entre les systèmes et entre le système et l'environnement dans lequel il fonctionne. Ainsi, la télépsychiatrie permet aux patients de voyager moins, de recevoir une consultation dans leur localité et ainsi de passer plus de temps au sein de leur famille.

De Rosnay (1975) écrit que les entrées résultent de l'influence de l'environnement sur le système et les sorties de l'action du système sur l'environnement. Avec l'arrivée des technologies de communication, la société tout comme le système de santé, se voit confronté à l'utilisation de ces technologies. En santé par exemple, l'Internet change les attentes des patients qui sont plus informés, plus exigeants.

Dans notre mémoire, nous sommes arrivés à une compréhension détaillée d'un élément du système, mais nous nous rendons compte que cette compréhension prendra tout son sens seulement dans le contexte du système plus large, ce qui pourrait être fait dans un travail ultérieur. Notre mémoire est un portrait de la situation en 2007 et ne compte pas avec l'évolution dans le temps que prendra la télépsychiatrie. La règle du « reliquat non résolu »

complète bien ce propos : Pour l'essentiel, cette règle stipule que l'on ne doit jamais se fixer comme but de résoudre totalement et définitivement un problème, mais que l'on doit se borner à tenter de l'améliorer ou de l'atténuer (Watlwick, 1980).

Chapitre 2 : Méthodologie

En science, la méthode est primordiale, et les procédés utilisés au cours d'une recherche en déterminent les résultats. C'est que, pour être valable pour produire des résultats fiables, la démarche scientifique exige de la rigueur.
Angers, M.

Dans le présent chapitre, nous expliquons les choix méthodologiques qui ont orienté la collecte ainsi que l'analyse de nos données de recherche. Nous allons expliquer notre position épistémologique et ensuite décrire l'approche méthodologique choisie. Nous précisons ensuite les critères qui ont porté notre choix sur l'entrevue et les méthodes utilisées lors de l'analyse des données.

2.1 Choix de la méthode

Dans la section précédente, nous avons formulé les questions de recherche suivantes : Comment les psychiatres déjà en pratique participeront-ils à mettre en place, en télépsychiatrie, une relation médecin-patient comparable à la relation face à face ? et Existe-t-il de nouveaux outils dans la formation des futurs psychiatres qui leur permettront d'être plus aptes à réaliser des consultations à distance ? Nous avons trouvé pertinent d'adopter une approche qualitative pour répondre à nos questions de recherche.

Pour répondre à nos questions de recherche, nous estimons que l'approche qualitative se prêtait mieux à nos travaux. En recherche qualitative, on a conscience que le chercheur autant que les participants du milieu qu'il étudie et les communications qui s'établissent entre eux sont parties prenantes du processus de construction des connaissances (Jodelet, 1998).

L'approche qualitative est fondée sur le présupposé que la réalité est créée à la rencontre des multiples subjectivités humaines. Pour acquérir des connaissances sur cette réalité, il est donc nécessaire de se pencher sur les processus par lesquels les êtres humains conçoivent et concrétisent leur vision du monde (Morgan et Smircich, 1980). Notre objet de recherche, la

télépsychiatrie, est un domaine particulier qui se prête bien à la recherche qualitative parce que c'est à travers l'expérience concrète des psychiatres que nous pouvons comprendre l'objet de notre recherche.

« Qualitative research aims at understanding the phenomenon or event under study from the inside » (Flick, 1999)

De plus, dans les dernières décennies, les méthodes qualitatives ont été de plus en plus acceptées dans la recherche en santé et l'évaluation des technologies de la santé (Aas, 2001).

2.2 Procédure méthodologique

L'approche qualitative offre diverses méthodologies pour l'étude d'un projet mais, parmi celles-ci, nous avons opté pour l'entrevue semi-dirigée. L'entrevue semi-dirigée donne place au sujet et aux données qu'il peut rapporter de son expérience personnelle de l'objet étudié.

« In order to understand why persons act as they do we need to understand the meaning and significance they give to their actions » (Walker, 1985).

2.3 Perspective adoptée

C'est le témoignage des psychiatres ayant fait ou faisant des consultations en télépsychiatrie que nous trouvions intéressants d'aller récolter. Ces psychiatres étaient à même de nous expliquer les changements dans la pratique de la médecine et dans leur propre pratique vu la réorganisation complète que la télépsychiatrie apporte dans le système. Pour comprendre réellement comment les psychiatres réagissent face à ces changements et comment ils réalisent les consultations avec les patients en recherchant la même qualité qu'en rencontre face à face, l'entrevue semi-dirigée permettait de les entendre sur les divers points de ce genre de pratique. C'est à travers leur expérience sur le terrain que nous pouvions puiser les données importantes et c'est par conséquent la perspective que nous avons adoptée dans ce travail.

« Quand il s'agit d'un entretien, ne pas contraindre l'interviewé par des questions fermées, et adopter une attitude d'ouverture qui laisse toute liberté d'exprimer, dans ses propres termes, son ressenti et sa pensée » (Jodelet, 1998).

2.4 Choix des sujets

Notre échantillon est composé de médecins, mais, pour notre étude, plus particulièrement de psychiatres. Les psychiatres choisis, ayant plusieurs années de pratique, ont soit supervisé et/ou collaboré à un projet de télépsychiatrie. Comme la télépsychiatrie se fait avec des patients en régions éloignées, nous comptons des psychiatres de régions urbaines et il était important d'entendre les psychiatres œuvrant en régions rurales.

L'échantillon est donc organisé tel que décrit ci-dessous et comprend les personnes suivantes : deux médecins de médecine familiale, un de médecine générale, trois psychiatres de régions éloignées, un psychiatre travaillant dans la région ontarienne et trois psychiatres de la région montréalaise. Tous les participants, sauf un, étaient francophones et travaillaient avec des patients d'âges divers et un plus particulièrement avec des enfants. Sur onze psychiatres dont l'un prenait sa retraite, six étaient des hommes et quatre des femmes. La plupart ont de nombreuses années d'expérience en psychiatrie et ont travaillé sur des projets de télépsychiatrie, pour certains à quelques reprises et pour d'autres, travaillent présentement sur de tels projets. Un psychiatre travaille plus particulièrement avec des schizophrènes, les autres traitent divers problèmes de psychiatrie : névrose, phobie, dépendance, dépression, complexes, patients avec idées suicidaires, patients violents, etc. Tous travaillent avec des patients de sexe et d'âges variés soit dans des milieux psychiatriques, des hôpitaux, soit recevant une clientèle privée, ou encore travaillant dans des prisons et autres centres nécessitant l'intervention d'un psychiatre.

Ils voyaient en consultation leurs patients par visioconférence une seule fois (ou deux, mais rarement). Un psychiatre voyait d'abord ses patients en face à face puis par visioconférence. Un psychiatre avait participé dans un projet de télépsychiatrie en 1998-1999 et les autres pratiquent présentement.

Après avoir communiqué avec les professionnels afin de solliciter une rencontre, nous avons procédé avec chacun d'eux à une entrevue d'environ une heure sur le sujet de notre

étude. Les entrevues étaient semi-structurées, c'est-à-dire qu'une grille de questions était préparée (voir annexe). Les entrevues étaient enregistrées puis retranscrites.

Ces parcours différents en télépsychiatrie, bien que les sujets aient une formation et une pratique qui peuvent sembler se rapprocher, nous ont permis de rassembler des données intéressantes sur les différents points de notre recherche. Ils ont pu nous éclairer sur la relation médecin/patient, ce qui la constitue et ce qu'elle est en consultation via les NTIC. Une étude exhaustive avec les patients permettrait d'approfondir l'autre côté du sujet, mais nous tenions à nous concentrer sur les spécialistes en tout premier lieu.

2.5 Collecte de données

Notre collecte de données a débuté en 2006 pour se terminer en octobre 2007. Il ne fut pas facile de recruter des psychiatres, mais après un premier contact, nous avons pu obtenir le nom de divers psychiatres pratiquant la téléconsultation. Nous devons comprendre que la pratique de la télépsychiatrie, bien que répandue de plus en plus, n'est pas pratiquée par tous les psychiatres.

Comme la télépsychiatrie se pratique dans des régions éloignées, nous avons tenu à rencontrer des psychiatres de région rurale et urbaine et des psychiatres connaissant et/ou pratiquant la télépsychiatrie.

Nous avons interrogé les spécialistes sur leur approche de la télépsychiatrie, ce qui les incitait ou non à en faire, sur la façon de pratiquer en cabinet privé et par voie de visioconférence. Notre but était de découvrir si la relation humaine demeure au cœur de la téléconsultation comme en consultation face à face et quelles méthodes emploient les psychiatres pour évoluer au sein de cette nouvelle pratique.

La formation des psychiatres et surtout des futurs psychiatres a été un élément que nous avons abordé parce que le système de santé qui incorpore maintenant la télémédecine à sa pratique, doit nécessairement adapter la formation des résidents. C'est la question que nous avons posée.

Comme une part importante de ces changements réside dans le fait de l'apparition des technologies au sein de la société et notamment au sein du système de santé, nous devons poser la question des NTIC au cœur d'une pratique en psychiatrie, domaine où l'être humain est vu dans sa globalité, la psychiatrie prenant en compte la condition humaine du patient et non seulement certaines données cliniques comme en radiologie par exemple.

Tous les médecins et/ou psychiatres interviewés ont signé une lettre de consentement qui explique les objectifs de l'étude ainsi que les exigences liées à leur participation et les garanties d'anonymat (en annexe).

2.6 Analyse des données

L'analyse des données a été faite après retranscription complète des entrevues. Nous nous sommes alors familiarisé avec les données en cherchant à repérer les thèmes que nous avons privilégiés comme : l'alliance thérapeutique, la confiance, la communication, la confidentialité, la formation, les technologies. Différents autres points étaient abordés dans les entrevues afin de bien cerner la problématique de la téléconsultation. Ainsi comprendre comment se déroule une entrevue, la place d'un accompagnant au sein de la consultation ont été entre autres des points importants.

Comme nos questions de recherche traitent de l'importance de la relation médecin patient, des outils dans la pratique des psychiatres et de leur formation, dans le cadre de cette étape, nous avons tenté de comprendre à travers les propos des personnes interviewées le parallèle entre la consultation face à face et la consultation à distance.

2.7 Synthèse

Pour arriver à faire la synthèse, nous avons porté notre attention sur les données reflétant les aspects liés à la relation médecin-patient, à l'alliance thérapeutique, à la durée de la

consultation et aux commentaires de psychiatres sur leur satisfaction et la satisfaction des patients à travers cette nouvelle pratique.

Nous avons tenté de comprendre à travers les entrevues comment se vit la relation médecin patient dans un cadre tout à fait différent d'une relation vécue en toute intimité dans le bureau privé du médecin. Nous nous sommes attardés sur ce qu'est la télépsychiatrie au niveau relationnel, comment réagissent les patients et comment ils acceptent de rencontrer un spécialiste à travers l'écran. Enfin, nous voulions savoir ce qui change dans le contact par visioconférence, comment en est affecté le système qui n'est plus une dyade mais devient une collaboration entre des équipes qui se supervisent d'une région à l'autre pour donner un nouveau service à un patient.

Par la suite, nous avons tenté de tirer des conclusions afin d'être capable de montrer la valeur de la relation médecin patient en téléconsultation, ce qu'elle possède comme avantages et désavantages et les pistes suggérées pour l'améliorer.

Chapitre 3 : Présentation et Analyse des données

*Celui dont les lèvres se taisent bavarde avec le bout de ses doigts.
Il se trahit par tous ses pores.*
Freud, Sigmund

Lors de notre enquête sur la consultation en télépsychiatrie, les spécialistes ont parlé de la relation médecin-patient, qu'elle soit en face à face ou à distance. Ils nous ont parlé d'émotions, de confiance, d'éthique, mais également de leur approche avec les NTIC, des méthodes de consultation nouvelles, relevant les points forts comme les lacunes et/ou les obstacles rencontrés lors de cette pratique. Nous avons également abordé avec eux le sens de leur pratique et nous avons tenté de savoir ce qui en est de la formation universitaire des futurs médecins et/ou psychiatres. Interrogés sur la place que doit prendre la télésanté aujourd'hui, ils ont également pu nous faire un portrait de la situation actuelle.

Dans les pages de ce chapitre, nous présentons l'expérience des spécialistes à travers leurs témoignages sur la relation médecin-patient et ses composantes en relation face à face puis en consultation à distance. Nous parlerons de l'impact d'Internet dans la relation médecin-patient et nous décrirons le déroulement d'une téléconsultation. Par la suite, nous aborderons les aspects de la formation des psychiatres avant de procéder à l'analyse des données.

3.1 La consultation face à face

La médecine est en constante évolution. L'environnement externe et interne du milieu de la santé vit des changements importants et rapides qui influencent l'organisation et le mode de prestation des services de soins (RUIS McGill, 2005). L'instauration du Régime de l'assurance-maladie du Québec en 1969 a mis un terme aux rôles multiples du médecin comme le médecin de campagne par exemple et, s'est alors instauré une nouvelle façon de pratiquer la médecine. Dans les régions par contre, les docteurs n'étaient pas plus nombreux et les spécialistes toujours très rares.

Le développement accéléré des NTIC dans les années 2000 marque une autre étape importante dans l'évolution de la médecine et de la relation médecin-patient. La relation

médecin-patient en face à face n'est plus l'unique façon de consulter parce que maintenant la consultation à distance est entrée au cœur de cette relation.

Mais, qu'est-ce qu'une relation médecin-patient ? Nous définissons la relation médecin-patient comme étant cette rencontre entre le médecin qui détient la connaissance en matière de santé par sa formation et son expérience et le patient qui le consulte, soucieux de retrouver un état de santé satisfaisant.

De toute façon, il y a toujours une relation. Elle peut être mauvaise. Dès qu'on entre en contact avec quelqu'un, il s'établit nécessairement une relation ou par défaut, une mauvaise relation aussi. (BM., 3 p. 1)

Au moment où le patient choisit un médecin et va le rencontrer dans son bureau, il se construit quelque chose, un contact doit s'établir. Entre le médecin formé et expérimenté qui détient les compétences et la connaissance sur la maladie et le patient qui vient le consulter, une alliance se crée. C'est ce que les médecins appellent l'alliance thérapeutique.

Ce qui est important dans une consultation entre le psychiatre et son patient, c'est d'établir assez rapidement une alliance thérapeutique. (JSH, 1, p. 1)

3.2 La relation médecin-patient et ses composantes

Qu'attend-on du médecin ? Quel est son rôle ? Le médecin a-t-il aussi des attentes ?

Au médecin de campagne et/ou de famille qui cumulait les rôles de confesseur, psychologue, guérisseur, expert, chirurgien, guide autant pour le corps que pour l'esprit du patient et à qui on adressait les questions les plus diverses ainsi que les plus intimes, s'est substitué un médecin moderne. Le médecin a toujours fait figure d'autorité, c'était un professionnel qui occupait souvent des postes clé au centre de la communauté et il avait une image de quelqu'un qui détient vérité et solution. Le médecin a toujours été perçu comme celui détenant la clé du retour à la santé et le patient attend beaucoup de lui.

Les patients disent : j'vens enfin avoir quelqu'un qui s'y connaît très bien puis qu'y va clarifier ma situation (PL, 23 p. 5)

Les spécialistes interrogés nous rappellent que, autant les demandes sont grandes de la part du patient, autant dans cette relation médecin-patient, le médecin attend également une participation de son patient. Le médecin veut parvenir à ce que son patient suive un plan de traitement, qu'il mette en pratique ses recommandations et c'est ainsi que le médecin percevra que s'établit la confiance. D'un côté comme de l'autre, cette relation comporte donc, un partage des responsabilités.

Le médecin est en position de pouvoir et il s'attend à être obéi. Il s'attendait dans le temps, peut-être un peu moins aujourd'hui. Il y a une attente de la part du professionnel que tu vas suivre la recommandation. Alors quand le patient n'obéit pas, c'est une remise en question de son pouvoir et de ses compétences. Et souvent ça va amener des émotions négatives de la part du médecin dans ces choses-là. (BM, 24 p. 18)

Mais pouvons-nous identifier quels éléments particuliers peuvent garantir la réussite de la rencontre médecin-patient ? Une rencontre en face à face demeure-t-elle le gage d'une bonne relation entre médecin et patient ? En fait, chaque rencontre et chaque patient avec chaque médecin réécrivent le scénario de cette intimité entre deux acteurs de niveau différent. Les spécialistes font remarquer que rien ne garantit qu'une relation soit d'avance réussie.

.. mais c'est pas parce qu'une relation est en présentiel, face à face, que nécessairement elle va être réussie. Il n'est jamais dit qu'une relation face à face, c'est bon. Mais une relation face à face n'est pas réussie parce que c'est une relation face à face. (BM, 7 p. 2)

Il n'y a rien qui va enlever la consultation face à face au niveau de la capacité d'alliance et la capacité également pour la personne de pouvoir recevoir un peu d'empathie. (JST, 31 p. 7).

Dans la relation médecin-patient, un premier élément primordial comme le précisent les spécialistes interrogés est le contact. À l'instar de ce contact qui se traduit par l'échange

physique : accueil chaleureux, poignée de main, contact physique par le médecin qui palpe, ausculte, cherche avec ses instruments à repérer le mal, tout un langage se crée. Le patient se sent rassuré par ce contact du médecin qui démontre qu'il le prend en charge physiquement et émotionnellement et dès les premières minutes, le contact doit s'établir de même qu'à la fin de l'entrevue, le contact doit presque être palpable.

Il y a besoin de contact entre médecin et patient. Le contact est primordial et important. (VN, 1 p.1)

Le patient qui ne ressentirait pas ce contact, peut ne plus revenir voir ce médecin ou alors se sentir très insatisfait de sa démarche. Et, au-delà de ce contact, il veut participer et être un partenaire actif dans cette relation. Les gens veulent davantage se sentir partenaire (MTL, 2006).

Comme je disais tout contact fait qu'il y a un contact, donc il va y avoir un échange. Dépendant comment on définit le mot relation. Relation, c'est qu'il va y avoir une relation entre deux êtres, donc y va y avoir un échange. (BM, 5 p. 2)

Mais, parmi les diverses attentes du patient, il en est une qui ressort de façon plus marquée et c'est la demande de communication de qualité.

3.2.1 La communication

La **communication** demeure bien sûr le point central dans la relation médecin-patient. D'abord la communication verbale (accueil, écoute, discussion) qui marque l'échange entre le médecin et son patient. D'entrée de jeu, le médecin, après avoir accueilli son patient, lui fait relater son récit de santé. Le médecin doit être attentif aux propos de son patient afin d'identifier son problème et de pouvoir lui prodiguer les soins appropriés. Le patient a besoin de se sentir écouté et qu'on prenne en compte ce qu'il dit.

But you can still develop a good working relationship so that they can feel comfortable in the consultation and that you can get the information that you want (AP, 20, p. 7).

Les gens aiment bien avoir des contacts. Parce que des fois les patients vont appeler. (BM, 9, p. 3)

La communication verbale doit avoir pour objectif une efficacité qui vise les deux parties. Efficacité du point de vue du patient qui doit : réussir à exprimer son problème et ses symptômes clairement et correctement; il doit sentir que le médecin est à l'écoute et comprene bien ce qu'il exprime; que son message passe. Efficacité du point de vue du médecin qui doit : adopter un comportement qui amène le patient à s'exprimer librement; poser les bonnes questions; écouter et démontrer qu'il écoute en reprenant les propos du patient et en donnant un feedback; bien expliquer ce qu'il attend du patient et que son message passe.

Le médecin a le devoir d'entrer en relation avec la personne humaine qu'il a devant lui et non traiter seulement une maladie. Le patient veut prendre une part active au recouvrement de sa santé et il désire comprendre tout le processus des traitements et/ou médicaments qu'on lui proposera.

De la part des médecins, il faut une dose de communication appropriée et empreinte d'empathie; même si le médecin ne peut parfois pas tout révéler tout de suite au patient, s'il n'a pas par exemple toutes les réponses immédiatement, c'est le patient qui est concerné par sa propre expérience de malade et c'est avec lui que l'échange de communication doit avoir lieu. Plusieurs facteurs interfèrent donc dans cette communication qui est au centre de la relation médecin-patient.

Il y a les aspects émotifs, le « self awareness » du médecin, il y a les aspects de savoir communiquer, d'être capable d'empathie mais y a aussi l'expertise clinique. Autour de ça, va se construire progressivement la relation qui va se solidifier. (BM, 10 p. 4)

En communication, le rôle-modèle du médecin formateur est donc très important. Car, qui dit médecin ne dit pas nécessairement spécialiste de la communication et tous les médecins n'ont pas la même habileté à communiquer. Par contre, ce sont les médecins qui forment les

futurs médecins et, si le résident, lors de sa formation, côtoie un médecin-modèle qui communique peu ou très mal avec ses patients, il risque de répéter ce problème. Que le médecin sache ou non communiquer, il est la figure-modèle et devra parfois se remettre en question. Dans un tel contexte qui change et évolue constamment, de nouvelles habiletés devront faire partie de la compétence des futurs médecins, ce que nous verrons dans le chapitre traitant de la formation.

La communication se compose de deux éléments : le verbal et le non-verbal (ou langage du corps). Onor et Misan (2005) estiment que seulement 7 % de la communication émotionnelle provient du verbal; 22 % est transmis par le ton de la voix, 55 % par la posture du corps, le regard et le contact des yeux. En particulier, le ton de la voix, la posture, l'expression, le contact physique et la distance physique sont des formes de conduite affective non verbale qui influencent plus fortement l'expression des émotions. La communication non verbale est donc un élément qui a une place dominante au cœur de la rencontre médecin-patient, car elle apportera des éléments plus fins qui pourraient influencer le diagnostic que fera le médecin.

Tout comme Onor et Misan (2005) le spécifient, les psychiatres interviewés nous ont aussi parlé de l'importance de la **communication non verbale** qui permet au médecin d'entendre ce que le patient ne peut ou n'ose pas dire. Le médecin en face à face avec son patient peut capter tous les signaux, remarquer les attitudes de son patient, déceler un signe d'agacement, de nervosité voit plus clairement si le discours du patient est cohérent avec ses attitudes. Ceci doit aussi être possible en téléconsultation.

On peut voir par exemple là quand on évalue nous en psychiatrie, les gens nous disent « je suis triste, j'suis anxieux. ». On évalue en même temps si on a une concordance entre ce que le patient exprime puis ce qu'on perçoit comme émotion. (CG, 28 p.6)

Les spécialistes interrogés mentionnent également l'importance des **émotions** dans la relation médecin-patient. Entrent en compte les émotions du patient, mais aussi celles du médecin.

À partir de nos propres émotions et des émotions du patient, la relation vu du côté du patient, se construit différemment de celle du côté du médecin. (B.M., 5 p. 2)

Le patient qui souffre de problèmes mineurs ou celui qui est plus gravement malade, est aux prises avec des émotions déstabilisantes et le patient atteint de maladie mentale connaît une détresse encore plus profonde.

Le patient qui vient consulter est habité par de nombreuses inquiétudes, ce qui suscite en lui diverses émotions. Il attend donc du médecin que celui-ci le rassure, l'informe, le guide vers le bon spécialiste, fasse un suivi de son cas, mais surtout le sorte de cette impasse où le confine sa maladie.

...une connexion émotive qui peut s'établir, de ressentir par exemple les émotions du patient, ça a de l'importance pour voir peut-être si ce n'est que la sincérité, l'intensité, puis la souffrance. (CG, 17 p. 4)

Être conscient de ses propres émotions et ressentir les émotions du patient, permettra d'agir de façon plus humaine envers lui.

Il ne peut pas et ne doit pas non plus les masquer, mais il doit en être conscient. Plus le médecin est conscient de ses propres émotions, plus il est conscient que le patient a des émotions lui aussi. Donc l'idée ce n'est pas d'avoir des émotions, c'est de les reconnaître. (BM, 11 p. 5)

Les médecins demeurent conscients de la fragilité du patient et détecte bien sa quête d'empathie. De plus, la pratique actuelle se veut centrée sur le patient.

Mais c'est certain qu'il y a une certaine qualité humaine d'essayer idéalement que le médecin voit la personne devant lui comme un être humain qui a besoin d'aide. (B.M., p. Q 10)

C'est plutôt de la compassion je dirais. Je me mets un peu à la place des parents puis du jeune. (PL, 30 p. 7)

De nombreux facteurs entrent en compte dans une relation médecin-patient. Les médecins font face à de nombreuses exigences dans leur travail : rythme effréné, population plus

nombreuse et diversifiée, problèmes souvent complexes et affligeants, exigences administratives pointues. Le médecin aura à faire face à ses émotions. Il est donc primordial que le médecin se connaisse, sache comment il réagira par exemple face à un patient difficile ou excessivement angoissé, confient les personnes interviewées. Le médecin éprouve donc diverses émotions et ne reste pas insensible à son patient avec qui il a développé cette alliance thérapeutique.

*C'est-à-dire que le patient peut susciter des émotions chez moi.
(BM, 8 p. 3).*

...ça prend que le médecin soit conscient de ses propres émotions. D'abord. Qu'il soit, ce qu'on dit en anglais « le self awareness ». Qu'il soit conscient effectivement de comment il est, c'est quoi qui le fait réagir tant positivement que négativement, qu'est-ce qui suscite des émotions affectives, positives ou négatives, de la colère ou de l'anxiété, de la tristesse etc. Je pense que c'est important que le médecin soit conscient de ça dans une relation. Alors c'est sûr que la façon qu'on est émotivement va teinter tout ce qui se passe entre moi et le patient. (B.M., 10 p. 3)

3.2.2 La confiance

Le tout premier contact établira les bases de la relation et surtout de la confiance. Dès l'accueil, le patient se sentira ou non en confiance. Il adoptera « ce médecin » ou ne ressentira aucun lien avec lui et ira ailleurs. Quand un patient parle de « son » médecin, c'est important et ça montre la valeur qu'il lui attribue, la confiance accordée.

Vraiment, comment la personne est reçue dans le bureau, fait que la personne peut en cours de consultation être à l'aise et non pas avoir l'impression qu'elle est là pour être jugée. (JSTH, 4 p. 2)

La confiance a un impact majeur sur la relation médecin-patient tant pour poser un bon diagnostic que pour inciter le patient à suivre les traitements et à évoluer vers la guérison.

Le but d'une bonne consultation en psychiatrie, c'est d'établir très rapidement dès le début de la rencontre une relation de confiance. En ceci qu'une poignée de main est importante et l'inviter à rentrer dans le bureau, l'inviter à s'asseoir. (JSTH, 2 p. 1)

La confiance, le patient l'aura aussi par l'intimité totale dans ce bureau avec son médecin, intimité qui lui assure la confidentialité. Tout ce qu'il raconte restera entre lui et son médecin. Cette confiance se doit d'être mutuelle entre médecin et patient.

Dans une relation médecin-patient, la confiance ne se traduira pas de la même façon chez l'un ou chez l'autre acteur. Le médecin a aussi besoin de ressentir cette confiance. Le médecin identifiera la confiance du fait que son patient l'écouterà et qu'il prendra ses directives au sérieux.

Donc c'est clair que pour sa vie, sa santé, le patient souhaite qu'il va pouvoir avoir confiance au médecin et le médecin souhaite aussi dans un certain sens que le patient va essayer lui-même de s'aider pour guérir. Le médecin peut perdre confiance aussi dans le patient et réagir là aussi émotivement, sentir que c'est un non respect envers lui plutôt que de voir que c'est un problème de fidélité au traitement et donc c'est un problème qui appartient au patient avec lequel il faudrait travailler, savoir pourquoi le patient, qu'est-ce qui fait qu'il n'est pas motivé et travailler sur ça. (BM, 12 p. 6)

La confiance n'est gagnée d'avance ni pour l'un ni pour l'autre et elle se travaille. Plusieurs éléments en sont la cause. La confiance du patient est bâtie autour de plusieurs éléments, entre autres dans l'expertise du médecin. L'attitude du médecin envers son patient peut aussi le mettre en confiance. Si le patient sent une ouverture, qu'on l'accueille avec empathie et qu'on le prend en compte, tous les gestes que posera le médecin feront en sorte que sa confiance grandira.

Il est attentif au patient, je pense que c'est ce type de comportement là qui va donner confiance au patient. Les circonstances peuvent aider aussi. C'est pour ça que moi je dis que la confiance c'est bien relatif. Alors la confiance c'est quelque chose de relatif, mais je pense que le patient peut avoir, peut sentir ou avoir une certaine, comment je dirais ça donc, oui une certaine confiance, voir que le médecin semble positif, semble chaleureux, semble connaître ses choses et là se dire : probablement que là ce qu'il fait c'est correct pour moi. (BM, 13 p. 7)

La confiance procède de divers éléments comme le précisent les spécialistes, la confiance que le patient aura pour son médecin peut passer aussi dans le fait que le patient sentira que son

médecin est en contrôle de la situation, qu'il saura comment agir et quelles démarches entreprendre pour gérer son problème de santé.

La confiance, des fois on peut se tromper dans la confiance, mais les patients souvent vont vouloir que le médecin ait l'air un peu en contrôle, qu'il sait où il s'en va. (BM, 13 p. 7)

Même avant d'aller consulter, le patient devra trouver un praticien en qui il a confiance. Il ne va pas aller vers un médecin en qui il ne croit pas car sa santé est primordiale. La confiance dans le médecin viendra peut-être du fait de l'appartenance de ce médecin à un hôpital plutôt qu'à un autre. Ou alors quelqu'un de confiance lui aura référé ce médecin. Qu'il l'ait choisi lui-même ou qu'il soit amené à lui par le biais d'un autre médecin référant, il aura à bâtir sa confiance ensuite par sa propre relation avec le médecin.

La confiance du patient, si elle s'intéresse d'abord à la personne de son médecin, participe d'autres éléments du système médical. Le patient doit d'abord avoir confiance dans la communauté, ses dirigeants, dans son système de santé, un système de santé qui intègre les praticiens qui prendront soin de lui, ainsi que dans les outils qui seront mis de l'avant pour gérer la médecine. Confiance aussi dans les progrès de la médecine, dans les chemins que cette médecine empruntera pour en améliorer la pratique.

Ok, if the community don't trust us and we don't trust them to work with us, then it doesn't work. (AP, 10 p. 3)

I mean obviously trust and relationship building are really, really important element if this kind of program is going to work. (AP, 10 p. 3)

Il ne faut cependant pas perdre de vue que le but premier du médecin est de guérir le malade et c'est son expertise qui fera en sorte d'améliorer le sort du patient. Élément crucial dans la relation, l'expertise est la compétence, cette capacité du médecin par sa formation et son expérience, à identifier le problème et à le solutionner. Le patient réclame de la part du médecin une compétence sans failles, c'est-à-dire qu'il puisse inverser le processus de la maladie, chercher tous les moyens de le faire, le guérir.

C'est-à-dire qu'il y a quelqu'un qui a besoin de l'expertise du médecin, qui vient le voir pour que le médecin l'aide à comprendre un problème, l'aide à le solutionner. (BM, 12 p. 6)

Quand un patient vient voir un médecin, il vient voir un expert en santé. (BM, 24 p. 17)

C'est l'expertise qui est le moteur de la consultation. En fait, la relation médecin-patient prend tout son sens dans la globalité de ses composantes. Mais, le patient a confiance parce qu'il croit que l'expertise du médecin sera la clé à ces problèmes de santé.

Dans le sens que c'est bien beau d'avoir une bonne relation, mais si on a une bonne relation et que le patient meure ou que le patient se détériore parce qu'il a été mal traité médicalement parlant, le patient s'attend lorsqu'il vient voir un expert médical à aussi être traité adéquatement au point de vue médical (B.M., 10 p. 4)

3.3 La consultation en télépsychiatrie

En téléconsultation, divers facteurs entrent en compte dans la relation médecin-patient. Avant d'en décrire les paramètres, nous allons expliquer le déroulement d'une téléconsultation.

3.3.1 Le déroulement d'une téléconsultation

Dans une consultation face à face, après avoir obtenu un rendez-vous auprès de la secrétaire, un patient se rend au bureau de son médecin. Comme on peut le voir sur la figure 1, le décor se résume au pupitre du médecin, à sa table d'examen avec quelques instruments : stéthoscope, otoscope, ophtalmoscope, abaisse-langue, sphygmomanomètre, carnet de prescriptions. Pour ce qui est d'une consultation chez le psychiatre, celui-ci ne procédera pas à un examen physique, mais la consultation se déroulera en toute intimité avec son patient qu'il reverra pour plusieurs séances. Le bureau du médecin (figure 1) est un lieu intime où personne n'écoute, n'entend, ne voit l'émotion du patient qui peut se confier. Son médecin le prendra en charge tout au long de l'entrevue.

Dans un modèle de consultation face à face, nous retrouvons l'équation suivante :

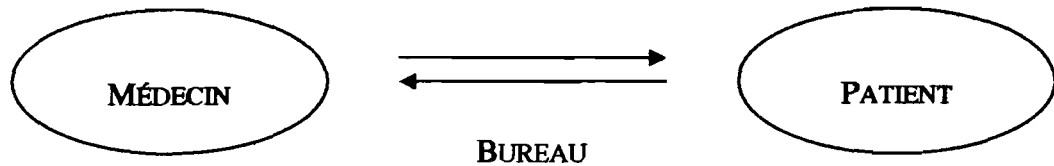


Figure 3. Modèle de consultation face à face

En téléconsultation, il n'y a plus de bureau où médecin et patient se rencontrent. La téléconsultation se fait alors que le spécialiste est dans un grand centre et le patient en région éloignée.

« Ça prend un temps organisationnel d'organiser une séance. Ça prend plus de temps qu'au bureau. (MC, 20 p. 5)

Le médecin traitant requiert les services d'un psychiatre qui rencontrera le patient à distance une seule fois. Avant de faire une téléconsultation, l'accord du patient est nécessaire et son accord est également requis s'il accepte d'être accompagné dans la salle par l'infirmière liaison ou un accompagnateur de son choix. Le fait que médecin et spécialiste auront à se partager le dossier du patient est un élément nouveau. Ce patient n'est pas celui du psychiatre, mais il lui a été référé et le médecin traitant a besoin de l'avis d'un spécialiste. Les deux médecins devront partager les dossiers, échanger des informations, superviser les données, etc. Le dossier du patient devient un dossier **volant** et lui-même, un patient **interactif**.

Deux équipes se supervisent pour organiser une téléconsultation comme le montrent la figure 2. D'une part, le médecin traitant, le patient et d'autre part, le spécialiste. Des intervenants comme les infirmières liaison par exemple et des techniciens prendront part, de près ou de loin, à cette séance.

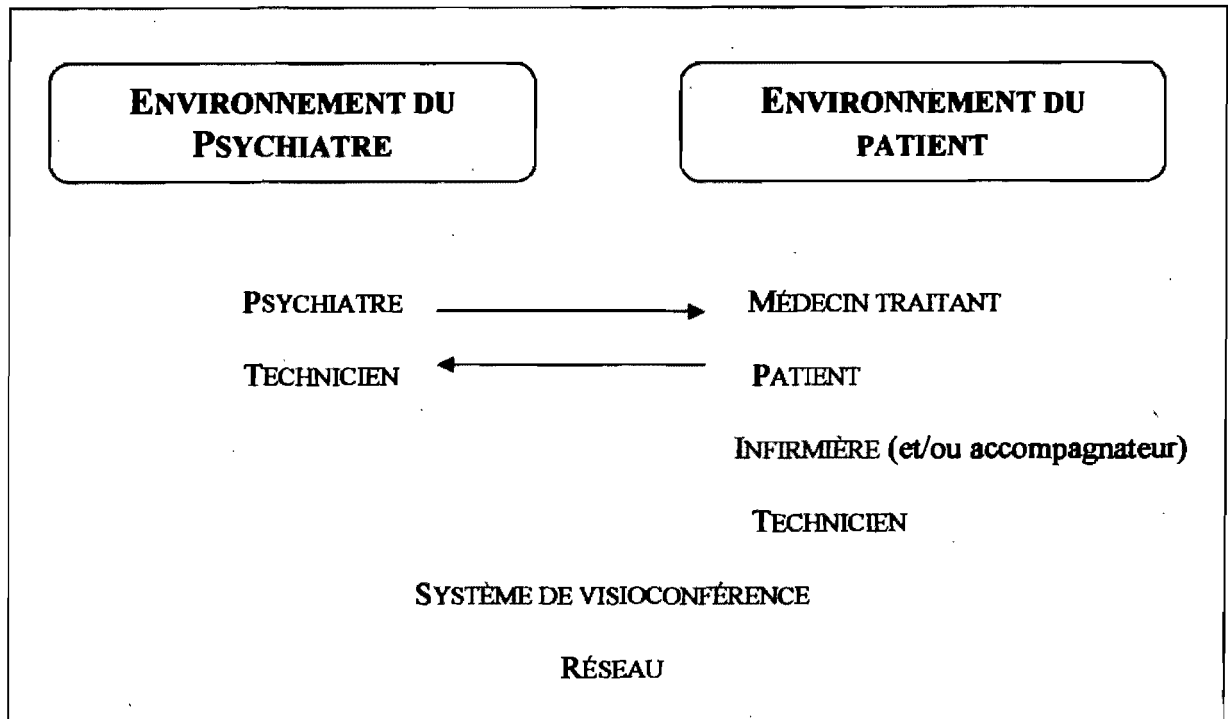


Figure 4. Modèle de pratique en téléconsultation

Une téléconsultation implique donc une équipe qui se mobilise pour recevoir un patient qui se trouve dans un autre lieu géographique, cette équipe à distance gardera un lien avec l'équipe qui traite le patient dans sa région.

C'est aussi de la consultation. De la consultation, c'est que quand quelqu'un est dépassé par quelque chose, il demande à quelqu'un qui s'y connaît mieux « toi dans cette situation-là, qu'est-ce que tu ferais ? » (PL, 17 p. 3)

De façon générale, le spécialiste doit se rendre dans la salle de visioconférence de l'établissement où il exerce si cet hôpital est doté de salles de visioconférence. Dans le cas contraire, il devra se déplacer dans un endroit équipé à cette fin. À des kilomètres de là, le patient se rendra sur les lieux où doit se dérouler la rencontre, habituellement l'hôpital de sa

région. Le patient peut avoir à se rendre dans un autre lieu. Dans le cas du projet Montmagny/Région de l'Amiante, le patient se rendait dans un CEGEP. Une patiente voyait là un point positif « *car elle avait l'impression d'être moins malade lorsqu'elle allait au CEGEP* ». Par contre, un autre patient aurait préféré un endroit « *plus discret, moins froid* » (Fortin, Labbé et Lamarche, 1999).

Il faut que ce soit un endroit là où l'équipement est installé. Les équipements visio, il y a tout l'aspect technique qui est à considérer. Il faut que ce soit une salle qui soit relativement insonorisée, pas de fenêtres parce que, sans cela, ça fait des contre-jours, et avec une bonne prise de son. (PL, 18 p. 4)

Un autre volet de la communication apparaît dans la relation médecin-patient avec l'évolution qui s'est faite au niveau de l'information. Notamment l'information que le patient peut actuellement trouver sur **Internet** concernant tous les sujets qui ont trait à la santé. Si le patient peut se renseigner auprès de sa famille, des collègues et/ou des amis ou encore par l'entremise des médias, Internet lui a ouvert les portes sur des informations très nombreuses. Il fut un temps où le patient ne connaissait strictement rien à la médecine. Il se fiait à son médecin et, dans le bureau, écoutait, prenait en considération tous les propos du médecin et au sérieux, son ordonnance. Le patient, plus scolarisé, est donc plus à même d'échanger avec son médecin et parfois même d'émettre une opinion, de poser des questions.

Donc une patiente récemment m'est arrivée en me disant : « Ben je viens de lire sur Internet que tel antidépresseur avait moins d'effet sédatif que tel autre, qu'en pensez-vous ? » (PL, 34 p. 11)

Les spécialistes interrogés sont conscients de cette nouvelle dimension dans la relation médecin-patient avec l'arrivée des NTIC et qui fait que les patients peuvent avoir une connaissance plus grande de la maladie et des traitements. En effet, l'accès à l'Internet ouvre les portes, mais il est important de connaître la source de ces informations qui peuvent à la fois permettre au patient de mieux exprimer son problème ou au contraire, lui fournir des données qui peuvent lui nuire. Le médecin verra arriver dans son cabinet des patients qui vont lui parler de ce qu'ils ont lu et vu sur Internet, amenant parfois de la documentation tirée d'Internet. Le médecin a donc un nouveau rôle, celui de médiateur entre son patient et Internet.

Donc, je pense oui ça change la relation... Dans le fond ça change beaucoup et encore là, c'est intéressant de voir le côté émotif du médecin et c'est clair qu'un médecin insécure qui voit arriver un patient avec sept - huit articles pris sur Internet, il peut être déstabilisé. La difficulté, c'est que ce que les gens lisent sur Internet n'est pas nécessairement adéquat. Y peuvent aller sur des sites qui sont tout à faits adéquats, mais ils peuvent aller sur des sites qui sont tout à faits bidons et c'est ça qui est difficile. (BM, 16 p. 10)

Internet vient donc changer la relation médecin-patient. Le patient doit savoir qu'il est important pour lui de s'entretenir avec son médecin de toutes informations qui proviennent dans certains cas, de sources douteuses. Il doit éviter de tomber dans le piège d'une automédication et de risquer ainsi d'aggraver sa situation.

Les médecins doivent pouvoir évaluer les informations sans les rejeter d'emblée prises sur Internet et qui ont attiré l'attention du patient. Les médecins doivent conseiller comme l'ont précisé les spécialistes.

Bien y a beaucoup de ma pratique qui consiste à informer beaucoup les patients. (PL, 34 p. 11)

Et je pense qu'il y a un rôle pour le médecin non pas de contredire le patient mais peut-être juste de lui faire percevoir quelles sont les évidences sur lesquelles il se base. C'est qui ça, c'est quel site, qui a écrit ça. Quelles sont les compétences de la personne pour écrire ça, ça correspond à quoi. (BM, 16 p. 10)

3.3.2 La relation médecin-patient en télépsychiatrie et ses composantes

Le patient qui est vu en thérapie longue par un psychiatre, ce qui implique habituellement quelques rencontres avec lui, développe sans contredit un contact plus profond avec son thérapeute. La téléconsultation, elle, consiste en une rencontre brève.

Les recommandations de l'AMPQ (2005) suggèrent toutefois que le patient soit d'abord vu en face à face, même si toutes les consultations, comme le mentionnent les spécialistes, ne se déroulent pas selon un schéma définitivement établi pour toutes les consultations.

Je vous dirais que c'est du cas par cas. C'est très variable. Y a des gens qu'on voit seulement une fois, d'autres qu'on fait un suivi thérapeutique, peut-être des rencontres d'évaluation ou des rencontres de thérapie (MC, 7 p. 2).

On les voyait habituellement une fois. C'était une rencontre environ une heure pour une évaluation psychiatrique puis après ça on envoyait un rapport au médecin référant qui était habituellement l'omnipraticien. (CG, 5 p. 1)

So we only see them once. We do a consultation and then, the worker from their agencies or the social worker or who ever it is may take the recommendation that we make. (AP, 12 p. 4)

Maintenant ça peut alterner aussi des fois. Comme par exemple des fois on voit en face à face et on fait quelques rencontres de visio et après, de temps à autre, on fait venir le patient en face à face. (MC, 23 p. 5)

Les psychiatres interviewés nous expliquent que la consultation n'a pas les mêmes buts qu'une thérapie prolongée avec un psychiatre et son patient régulier.

C'est une relation qui est là seulement pour donner une opinion médicale. Y a pas nécessairement un lien thérapeutique dans cette rencontre-là. (CG, 7 p. 2)

Oh ! no you're not going to develop a deep therapeutic relationship with them, but you can still develop a good working relationship so that they can feel comfortable in the consultation and that you can get the information that you want. (AP, 20 p. 7)

Our program is almost all consultation which means that the first appointment. 75 % of the consultations that we do, are first time and only one time consultation. (AP, 12 p. 4)

Les personnes interviewées ont différentes opinions quant à l'utilisation des NTIC pour une consultation en psychiatrie. L'entrevue qui se déroule devant une caméra avec un patient qui

n'est pas celui du psychiatre, fait-elle de la consultation en télépsychiatrie, une consultation un peu plus difficile à gérer, de qualité différente avec des résultats qu'on ne peut comparer ?

Les psychiatres auront à gérer la consultation de façon à être bien en contact écran avec le patient. Le patient doit voir constamment le visage du psychiatre. Celui-ci doit parler assez fort et clairement et faire en sorte que le patient soit dans une situation de confiance.

Y avait quand même une présence si on peut dire humaine avec la personne en question. (CG, 8 p. 2)

Donc dans ces contextes-là, on aurait pensé par exemple que les patients souffrent de paranoïa ou, ceux au prise avec un déficit intellectuel ou des choses comme ça, réagiraient plutôt mal à cette technologie là parce qu'ils ne comprendraient pas trop ou que justement ça les interpellerait de voir qu'y a des caméras et tout ça, mais au contraire ça se passe très bien. (KBC, 3 p. 1)

Est-ce que la téléconsultation sera de qualité différente ? Le patient pourra-t-il sentir la présence et l'appui du psychiatre ? Est-ce que les deux parties vont se comprendre, communiquer, parler assez clairement. Comme le psychiatre ne peut avoir un contact physique avec son patient ni intervenir directement — et même si une infirmière est présente dans la salle, celle-ci n'ayant toutefois pas l'expertise du psychiatre —, le patient sera-t-il satisfait de la qualité de la consultation ?

Que ce soit à distance ou dans le bureau, c'est le même impact. (PL, 23, p. 5)

À ce jour, je n'ai pas lu rien ou je n'ai pas eu connaissance de rien qui s'est écrit sur les effets secondaires si on parle des risques là. (MV, 41 p. 9)

Les résultats obtenus suite à une consultation face à face peuvent être différents de ceux obtenus en téléconsultation puisque divers facteurs interviennent dans l'une ou l'autre consultation diamétralement opposée, comme le soulignent les spécialistes.

Les psychiatres rencontrés ont des perceptions qui varient sur les résultats et les changements qu'apporte la télépsychiatrie. Pour certains, cela change peu tandis que pour d'autres, le transfert de leurs compétences est problématique. D'autres ont développé des

moyens de tirer profit de la technologie et réussissent à établir avec le patient un contact, même si le fait de l'éloignement marque une différence importante.

Mais c'est certainement plus difficile d'être empathique envers le patient alors qu'il y a la caméra. (CG 29 p. 6)

Not a huge difference really, you know one of the things that's different for example, you can't touch. (AP, 5 p. 2)

Les **composantes** dans la relation face à face, le médecin apprend à tenter d'établir un **contact** dès le premier échange avec son patient. En téléconsultation, le psychiatre qui ne connaît pas la personne qui sera son patient, devra toutefois établir le contact.

Mais, lors d'une évaluation consultation, il s'agit de questionner le patient comme on le fait dans notre bureau, en le mettant à l'aise puis en essayant de trouver des mots qu'il peut comprendre. Pour qu'il nous raconte ses symptômes, ses malaises, ses inquiétudes, etc. (PL, 21 p. 4)

Le fait pour le patient de se retrouver seul dans une salle de visioconférence le prive du contact avec le thérapeute. L'accompagnement d'une infirmière liaison ou d'un membre de l'équipe médicale est recommandé. Le patient choisira peut-être que ce soit un membre de la famille qui demeure avec lui dans la salle de visioconférence. Mais ces intervenants n'ont pas l'expertise du psychiatre et son absence sur les lieux de la consultation, l'empêchera de pouvoir intervenir directement si le patient a besoin de soutien ou d'aide durant la séance.

Du côté des plaintes, je me souviens les gens se plaignaient de ne pas avoir un contact direct avec le médecin puis aussi des problèmes techniques qui arrivaient assez souvent. (CG, 15 p. 3)

L'échange avec le psychiatre sera différent également, de même que l'échange à travers une caméra peut s'avérer facile ou non selon les perceptions de chaque patient. Parler à quelqu'un devant soi, sentir son contact et la sécurité qu'il nous procure est autrement que d'échanger à travers une caméra. Un patient peut se sentir plus à l'aise et l'autre manquer

cette proximité du face à face et de l'échange direct. Le psychiatre lui-même peut avoir une adaptation à faire.

Je pense que ça ne remplace pas le vrai contact avec le patient, c'est-à-dire la rencontre face à face. Ça peut dépanner, mais ça ne peut pas remplacer. Mais en psychiatrie, je pense que le contact humain est important pour ce qui est au moins du non-verbal, certains contacts émotifs, peut-être...une connexion émotive qui peut s'établir, de ressentir par exemple les émotions du patient, ça a de l'importance pour voir peut-être si ce n'est que la sincérité, l'intensité, puis la souffrance. Puis je ne pense pas qu'on puisse avoir ça par des moyens technologiques (PL, 17 p. 4).

S'il y a quelque chose qui ne varie pas en téléconsultation comme en consultation face à face, ce sont les émotions.

Donc apprendre à reconnaître les aspects affectifs parce que les jeunes, les patients reconnaissent volontiers que ça les fait souffrir. Puis à travers cette souffrance-là, on vient à leur faire raconter toute une série de symptômes, ça c'est le sens même de la télépsychiatrie (PL, 29 p. 7).

S'il s'agit de la première fois que le patient participe à une téléconsultation, il serait tout à fait normal qu'il en appréhende le déroulement car il rencontre parfois un psychiatre inconnu. L'accueil sera important pour établir un climat de confiance car pour le patient, être seul dans une pièce face à des machines, parler à la caméra fera en sorte qu'il se pose des questions sur le déroulement de la séance aussi bien que pour le suivi. Autant le patient a des attentes, autant il éprouve des craintes tout à fait légitimes, comme le soulignent les spécialistes interrogés.

Parce que la crainte des gens, c'est qu'il ne pourra pas me comprendre, il ne me voit pas nécessairement, il ne pourra pas vraiment comprendre tout ce que je vais dire. Et les gens ont peur que ce soit juste théorique là. Qu'il n'y est pas de relation, pas d'alliance dans ça. Comme quand tu regardes une télé. (JSTH, 7 p. 2)

Beaucoup de patients ayant fait l'expérience de la télépsychiatrie voient donc des avantages à utiliser ce mode d'intervention. L'accessibilité aux services d'un psychiatre est l'avantage

majeur à laquelle se greffe le fait d'être informé et rassuré sur leur état de santé mentale (Fortin, Labbé et Lamarche, 1999). C'est ce qui ressort entre autres du rapport d'évaluation du projet pilote en télépsychiatrie entre l'Hôtel-Dieu de Montmagny et le Centre hospitalier de la Région de l'Amiante. Les psychiatres interviewés le confirment.

Parce que ça représente tellement un fardeau compliqué que de devoir se mobiliser pour se rendre chez leur médecin qu'ils acceptaient cette nouvelle technologie-là et la voyaient d'un très bon œil. (KBC, 20 p. 7)

Il s'agit vraiment de la rendre accessible, puis de la soutenir pour que les gens ne se sentent pas juste des cobayes, ne se sentent pas juste répondre oui puis non, à des questions. Mettre dans une ambiance où la personne interviewée et l'intervieweur puissent avoir des échanges, des sourires et que ça ne soit pas froid. (JSTH, 37 p. 7)

Outre le fait que certains patients n'auraient pas la possibilité de se faire soigner à cause du manque de spécialistes ou encore que certains patients ne consulteraient pas autrement que par visioconférence (personnes timides, celles aux prises avec des problèmes d'agoraphobie, personnes âgées), certains se sentent plus à l'aise protégés par la distance et la caméra.

Some people actually do better in videoconference than they do face to face because they don't feel as shy, they don't feel as afraid. So people who are more shy, people with a phobia, they tend to do a little bit better with videoconference than they do with face to face. (AP, 29 p. 9)

Du point de vue des professionnels, les spécialistes vivent également des attentes face à la télépsychiatrie. Dans ce même rapport d'évaluation, nous pouvons lire que, pour les psychiatres, le rapport d'une consultation en télépsychiatrie diffère du rapport d'une consultation en bureau. Les principales raisons invoquées sont « qu'ils ne rencontreront pas le médecin à l'hôpital pour en discuter comme c'est souvent le cas pour plus une consultation en bureau », « le médecin va faire le suivi », « je sais que je ne reverrai plus le patient », « j'en dis beaucoup plus sur le traitement pour que le médecin puisse faire un bout avec son patient » (Fortin et al., 1999). En même temps, cette technologie marque une rupture importante des modes usuels d'échanges entre médecins. Elle implique une

transformation des modes de coordination de la pratique médicale qui, actuellement, reposent principalement sur le déplacement des patients (Sicotte et Lehoux 2005). Nous reviendrons sur ces transformations dans le prochain chapitre.

Il y a certains désavantages à utiliser la télépsychiatrie, l'élément qui est le plus questionné est l'impact sur le patient. Toutes les personnes du corps médical qui se coordonnent pour offrir ces services, ont pour but d'aider le patient, d'améliorer sa santé et de trouver des solutions. Mais ceci n'empêche pas, selon les spécialistes rencontrés, que la méthode ne puisse connaître certains problèmes et devoir faire face à des ajustements.

On va perdre. Au niveau relation humaine. (JSTH, 22 p 5)

Y a pas nécessairement un lien thérapeutique dans cette rencontre-là. (CL, 7 p. 2)

Bien moi je pense que ça ne remplace pas le vrai contact avec le patient, c'est-à-dire la rencontre face à face. (CL, 17 p. 4)

L'adaptation de ces nouvelles méthodes par les psychiatres s'avère parfois difficile. L'emploi du temps extrêmement chargé de tous les médecins et spécialistes fait en sorte que s'investir dans l'apprentissage des NTIC devient fastidieux, rebutant. De l'apprentissage à l'emploi des NTIC, la marge est grande. Aussi, les psychiatres sont plutôt assistés par les techniciens plutôt que d'utiliser eux-mêmes les NTIC. Les techniciens sont essentiels au bon déroulement des téléconsultations. Par contre, ils doivent être formés eux aussi.

Beaucoup d'hôpitaux doivent avoir un technicien sur place, les bogues, le système n'est pas au point. (MD, 1 p. 1)

3.3.2.1 La communication

... le danger quand tu interviewes dans un écran, c'est d'être juste un intervieweur, de ne pas avoir une relation, de ne pas être un médecin ou un psychiatre, là. (JSTH, 43 p. 8)

En téléconsultation, la communication dépasse le simple contact verbal entre le médecin et son patient. Mais le psychiatre a le devoir de mettre en œuvre des moyens pour établir une communication efficace comme en consultation face à face. Le patient désire tout autant échanger, participer et communiquer entièrement avec le psychiatre. Comme les médecins misent sur plus de communication dans leurs entrevues et que les patients en exigent plus, la situation demeure la même en consultation à distance et l'approche doit demeurer centrée sur le patient. Les stratégies communicationnelles comme : l'écoute active, le silence, l'attention aux indices verbaux et non verbaux, les reflets empathiques, etc. (Lussier et Richard, 2004) sont des attributs au cœur de la relation médecin-patient, celle en face à face et celle à distance. Le rôle-modèle de la personne qui initie les futurs psychiatres à de nouvelles pratiques devra transmettre ces mêmes concepts.

Au-delà de la communication entre le spécialiste et le patient, l'obligation d'échanger à travers le réseau et avec les machines demeure réelle. Le Réseau de télécommunications en santé et services sociaux (RTSS) est un réseau à large bande passante qui permet une large gamme d'usages : du simple courrier électronique à l'imagerie médicale complète en passant par la visioconférence. Le système peut donc soutenir la télémédecine dans toutes ses formes (Sicotte et Lehoux, 2005). Ce réseau par contre n'est pas à l'abri de coupure de communication, ce qui fait que spécialiste et patient seront confrontés à l'interruption de l'entrevue. Ils peuvent également faire face à des sauts d'image, des problèmes de son, un décalage entre le discours du psychiatre et la réception du côté du patient ou vice-versa.

Souvent les limitations technologiques ne sont pas tant dans l'utilisation des technologies que par le fait comme par exemple les bandes passantes sont moins bonnes ici qu'on peut voir à Montréal ou à Québec. (MC, 13 p. 3).

C'est arrivé entre autres des longs délais là parce qu'on perdait l'image, appeler le technicien pour qu'il revienne. Moi là j'étais incapable de faire fonctionner ça, pis mes collègues non plus d'ailleurs. (CG, 32 p. 7)

Y a eu 15 % de problèmes techniques qui sont liés soit à la qualité de l'image, la qualité du son, interruption de la visioconférence. Et ça, c'est des éléments, les limitations technologiques là, c'est ça qui fait que les médecins ont moins le goût. (MC, 12 p. 3).

Des fois on peut avoir le gel de l'image et on peut moins bien voir, évaluer la rigidité ou des tremblements par exemple. (MC, 7 p. 2)

Pour toutes ces raisons et aussi parce qu'ils sont déjà investis d'une tâche très lourde, les psychiatres sont assez réticents à l'emploi de la technologie en consultation. De plus, le temps qu'ils passent à s'investir dans une téléconsultation à risque, peuvent être des obstacles à la bonne volonté des spécialistes, bien qu'ils comprennent que ce genre de soins soit un apport important pour les patients.

Parce que c'est une surcharge parce qu'ils sont occupés à toutes sortes d'autres choses puis rajouter cet élément-là, ben c'est quelque chose d'additionnel. (PL, 5 p. 1)

La plupart des médecins se sentent surchargés de travail. Donc là lorsqu'il y a à maîtriser un nouvel instrument qui demande du temps, du temps en plus, ils sont en général négatifs. Donc la réticence des médecins. Y a une période de transition... (BM, 22 p. 14)

Les craintes semblent se dissoudre à l'essai, par les spécialistes, de la téléconsultation et une période d'adaptation est nécessaire comme dans toute restructuration.

Ben j pense que premièrement il y a la réticence avant même de l'avoir essayé. Je pense que la réticence tombe à partir du moment où les gens l'ont essayé. L'autre réticence, c'est que souvent il peut y avoir des problèmes techniques. Les limitations technologiques, c'est ça qui fait que les médecins ont moins le goût. (MC, 12 p. 3)

Les médecins qui doivent en plus maîtriser les connaissances de base de la technologie, voient là un ajout de travail.

La gestion des technologies, malheureusement dépendant des médecins il peut être assez fermé. (BM, 20 p. 13)

Puis ça dépend des cliniciens. Y en a qui d'emblée vont sauter à pieds joints dans l'opportunité et d'autre qui restent frileux et qui vont préférer faire six heures de route pour se rendre parce que

justement ils ne sont pas prêts à faire face à des bogues de la technologie. (KBC, 9 p. 4)

To able to do. We've nothing really. About technology, nothing. (AP, 14 p. 5)

Ici comme en en consultation face à face, le patient peut présenter des informations qu'il a trouvées sur Internet et les médecins ont le même rôle à jouer qu'en consultation face à face où ils devront écouter le patient, l'orienter et le conseiller.

3.3.2.2 La communication non verbale

Pour le psychiatre, ne pouvoir capter certains signes que présente le patient est un inconvénient important, ainsi que l'image qui se « désagrège » lorsque le patient bouge beaucoup (Fortin, Labbé et Lamarche, 1999). La communication non verbale, toujours importante en psychiatrie, le devient davantage dans une consultation à distance.

Bien en visioconférence, ça coupe peut-être un peu l'émotion. C'est un des aspects qui n'est pas toujours facile. Parce que c'est sûr, voir quelqu'un à travers l'écran puis le voir dans le bureau, ce n'est pas du tout la même chose. (PL, 29, p. 7)

Si la communication non verbale s'avère problématique, elle peut faire perdre au psychiatre des éléments importants qui, s'ils sont perdus, risquent de fausser le diagnostic. Si un patient devient nerveux, ne cesse de bouger ses jambes par exemple et que la caméra est fixé sur son visage, le psychiatre ne verra pas ces particularités.

Même si certains spécialistes trouvent les indices du non-verbal satisfaisants, certains y voient place pour de l'amélioration.

Dans une communication par visio conférence, il y a toujours un peu un sursaut de l'image, comme je vais avoir seulement le visage je ne verrai pas nécessairement les mains. Je perds une partie des signaux qui peuvent m'aider. C'est sûr que le visage c'est déjà un très bon signal, mais des fois les gens ont un visage très impassible. Alors ça tu ne vois pas les mains qui bougent. Tu vois juste le visage. (BM, 19 p. 12)

The non-verbal is not bad. It's not terrific but it's not bad. You can actually get a sense of what it's like in the room, you can read facial expression, ok. (AP, 19 p. 6)

Le contact. Tu ne peux pas enlever le contact des yeux. Puis le contact juste au niveau non verbal avec quelqu'un. Qui va avoir beaucoup de difficultés en télépsychiatrie. (JSTH, 45 p.8)

Aussi, l'accompagnant prendra en compte l'attitude du patient, comment il se comporte, s'il est plus agité, s'il semble inconfortable. Tous les changements qui peuvent intervenir chez le patient et qui renseigneront davantage le spécialiste doivent faire l'objet d'une attention particulière.

C'est seulement sur certains indices non verbaux spécifiques qui sont plus difficiles. Comme les tremblements fins, la rigidité et la sudation. Ça c'est trois éléments qui sont un peu plus difficiles. (MC, 42 p. 9)

... on voit très bien le non-verbal. En plus, c'est en couleurs et on peut voir les patients rougir. (MC, 43 p. 9)

Si vous faites ça derrière un écran, même pour vous, si vous ne sentez pas vraiment ce que l'autre dit... L'autre dit des choses, mais dans ce qu'il dit, vous pouvez dire s'il est franc ou s'il n'est pas franc. (JSTH, 44 p. 8)

Parmi les composantes de la relation médecin-patient en téléconsultation, il demeure que les émotions sont importantes et que l'expertise est le premier élément que le patient recherche.

Donc apprendre à reconnaître les aspects affectifs parce que les jeunes, les patients reconnaissent volontiers que ça les fait souffrir. Puis à travers cette souffrance-là, on vient à leur faire raconter toute une série de symptômes, ça c'est le sens même de la psychiatrie. (PL, 29, p. 7)

C'est très prenant évidemment. Quand on regarde les jeunes comment ils évoluent quand ils suivent un traitement, pour les résultats que ça donne, là c'est très encourageant. (PL, 35 p. 11)

Oui je m'interroge puis je suis toujours content de revoir ces médecins-là dans des congrès ou dans différentes circonstances

puis de dire : vous souvenez-vous du patient que vous m'avez référé, qu'est-ce que vous avez fait ? On m'en reparle par la suite. (PL, 28, p. 6)

3.3.2.3 La confiance

Donc le lien de confiance s'établit comme il s'établirait si le patient était en face à face. (KBC, 7 p. 3)

S'il accepte dès le départ de donner son accord pour participer à une téléconsultation, nous pouvons imaginer que la confiance qu'il a envers son médecin, lui a permis de cheminer vers une telle pratique. La confiance mutuelle entre médecin, spécialiste et patient est un élément incontournable pour la réussite de la téléconsultation.

Comme une seule rencontre est habituellement faite en télépsychiatrie, le patient devra avoir confiance qu'elle suffira à cerner son problème et à y apporter les corrections nécessaires. Le lien de confiance doit s'établir même au cœur de cette thérapeutique comme l'ont confirmé les personnes interviewées.

...donc je trouvais que ça se déroulait très bien au niveau de la confiance. Et même les patients la façon qui voient ça, c'est qu'ils trouvent ça bien que leur médecin prenne le temps de faire ça pour eux. (MC, 20 p. 5)

Y a sûrement une confiance, une alliance thérapeutique. (PL, 21 p. 4)

Donc le lien de confiance s'établit assez facilement. (KBC, 7 p. 3)

A large part of the success of a telepsychiatric program is building that working relationship and that trust in that rapport. (AP, 10 p. 3)

Un autre élément qui participera à la confiance du patient est la confidentialité et l'éthique entourant la téléconsultation. Le patient devra savoir que la consultation sera faite dans la plus stricte intimité et la confiance, que celle-ci ne sera pas enregistrée, que son dossier sera tenu confidentiel et que personne, sans son accord, ne pourra assister d'un côté comme de l'autre à l'entrevue.

Ça va être un gros facteur dans la télépsychiatrie, la confidentialité. (JSH, 39 p. 8)

You also to have keep in mind confidentiality but you don't ask the kids the questions that are private in front of their teachers or the parents for example. (AP, 4, p. 2)

Il va y avoir des problèmes. Je pense que si quelqu'un est vraiment très très fragile, il va sûrement être accompagné d'un intervenant en qui il a confiance. (JSTH, 38 p. 9)

3.3.3 Les enjeux en télépsychiatrie

Une particularité à la téléconsultation en psychiatrie par rapport à la consultation face à face, est le fait qu'une tierce personne puisse faire partie de la consultation et soulève un problème d'éthique se pose alors Bien sûr, le patient doit donner son consentement écrit. Le rôle de l'infirmière est primordial puisque le psychiatre pourra référer à elle afin d'obtenir des renseignements plus pointus sur l'état du patient ou sur les indices non verbaux. D'une part, le patient n'est pas laissé seul à lui-même, mais d'autre part une consultation en psychiatrie requiert habituellement la plus haute intimité avec le psychiatre. Il est à noter que le patient peut choisir un membre de sa famille pour l'accompagner. Si le patient n'est pas accompagné dans la salle même, une infirmière liaison doit quand même se tenir disponible dans une salle attenante au cas où le spécialiste devrait l'appeler d'urgence.

La présence d'une autre personne durant ces consultations modifie donc la partie intimiste de la relation Aussi la question suscite des controverses comme le disent les spécialistes, car en plus, cette troisième personne – bien que ce ne soit pas recommandé en cours de consultation - un technicien peut être obligé de gérer les appareils.

Nous ce qu'on demande, c'est qu'il y ait un accompagnant avec le patient. Qu'au moins, il y ait une personne au centre de santé où il est qu'on peut rejoindre si le patient présente une détresse. (MC, 17 p. 4)

Sometimes we have people from the school, probation officer, the interpreter, a bunch of people coming in for the consultation (AP, 4, p. 1)

C'est sûr qu'il ne faudrait pas que le technicien soit là. Je pense que pour, éthiquement, certainement que le technicien pourrait reconnaître une personne (CG, 22 p. 5)

Les techniciens ne sont pas présents à la consultation. Ils sont sur appel. Pour des raisons de confidentialité. (MC, 15, p. 4)

Le désir des deux acteurs est certes de mener à bien une téléconsultation où domine toujours cette alliance thérapeutique entre médecin et patient, même si elle est vécue à travers un écran.

La distance est un autre élément qui entre en compte en téléconsultation. Dans les tout premiers temps de la médecine, c'est le médecin lui-même qui rendait visite à son patient. Puis, le patient est venu au bureau du médecin le consulter. Le fait d'être dans des régions éloignées, à des kilomètres de distance, séparé de son spécialiste, les deux acteurs dans une pièce où s'impose la présence des machines, cet état de faits changera-t-il la relation ou encore portera atteinte à la compétence ou encore à la confiance des deux acteurs ? Est-ce encore le fait que le spécialiste ne puisse intervenir directement si le patient éprouve un trouble, se sente perturbé ou devienne agressif, cette dimension rend encore le contact humain moins...humain ! Les personnes interviewées apportent des éléments distincts à cette réalité du déroulement d'une séance en téléconsultation.

Je pense que, quand il y a au moins une rencontre en face à face avant, ben ça permet d'améliorer la relation. (MC, 20 p. 4)

C'est-à-dire que, ce qu'il faut, faut que la personne qui consulte le psychiatre sente que la barrière de jugement moral est inexistante pour pouvoir permettre à la personne de pouvoir un petit peu livrer le message qu'elle veut sans sentir qu'elle est jugée. (JSTH, 1 p. 1)

Les spécialistes ont mentionné que, selon les programmes, l'accessibilité à la visioconférence n'est pas pertinente pour tous les patients. Comme ils le précisent, souvent les enfants de très bas âge par exemple sont exclus, de même que les patients qui peuvent présenter une certaine dangerosité envers eux-mêmes.

Les enfants qui sont très jeunes, moins de cinq ans, ont de la difficulté à comprendre le principe de la visioconférence, à se tenir à une distance adéquate par rapport à la caméra, Ils ont tendance à aller toucher la télévision. Ensuite les autres, ce sont les patients qui souffrent de pathologies avec des symptômes paranoïdes. (MC, 6 p. 2)

Évidemment quand il y a un risque auto-agressif imminent, c'est clair que ce sont pas des patients qu'on va voir en visio quand il y a un risque que le patient s'échauffe, désorganise les lieux physiques. (KBC, 6 p. 3)

Un autre enjeu est celui de l'absence du spécialiste aux côtés de son patient. En face à face, le patient peut toujours compter sur l'assistance du médecin qui est constamment à ses côtés. Même si une équipe supervise de près ou de loin la téléconsultation, il peut survenir certains risques pour certains patients en l'absence du psychiatre sur les lieux.

On avait éliminé les patients pour qui il y avait une dangerosité certaine. Par exemple on s'était questionné si au cours de l'entrevue, quelqu'un devenait très suicidaire, qu'est-ce qu'on pouvait faire. (CG, 24 p. 5)

Toujours au point de vue de l'éthique, le fait qu'un technicien mandaté pour gérer un appareil, et qui doit obligatoirement se rendre dans la salle où officie le psychiatre, pourrait entendre la voix du patient, la reconnaître et/ou même apercevoir son visage, peut poser problème. Le technicien peut également devoir se rendre dans la salle où est le patient. Les avis sont partagés chez les spécialistes parce que certains disent que la consultation prend fin dès qu'il y a un problème majeur et que le technicien est appelé plus tard, d'autres indiquent que la présence du technicien est parfois immédiatement requise.

Le technicien a accès de toute façon à une information à laquelle il ne doit pas avoir accès là. Mais il ne devrait pas avoir de technicien présent, moi je ne crois pas. (CG, 22 p. 5, Q)

Habituellement le patient n'en a pas trop conscience parce qu'il ne voit pas le technicien à l'autre bout. C'est le médecin qui reste en image fixe devant la caméra. On peut zoomer le

thérapeute sur la caméra alors le patient ne voit pas trop ce qui se passe alentour et c'est le thérapeute qui le rassure. (KBC, 10 p. 4)

Les techniciens ne sont pas présents à la consultation. Ils sont sur appel. Pour des raisons de confidentialité. (MC, 15 p. 4)

Ça ne pose pas problème parce qu'ici encore là c'est très spécifique. Pinel est la plupart des accusations criminelles et donc le dossier est d'intérêt public. Et habituellement les gens qui sont là-bas et qui les accompagnent, est l'équipe traitante du patient. Donc il n'y a pas bris de confidentialité. (KBC, 4 p. 2)

Peut-il aussi avoir confiance dans la technologie : est-ce que la séance se déroulera sans anicroches, verra-t-il et entendra-t-il le psychiatre, saura-t-il quoi faire et quels résultats obtiendra-t-il de cette téléconsultation ? Les spécialistes semblent confirmer la satisfaction des patients quant à l'utilisation de la télépsychiatrie

La figure 4 regroupe les différents paramètres soulevés par les spécialistes consultés et qui composent la globalité de la relation médecin-patient en face à face et en téléconsultation et qui permet de comprendre les enjeux importants soulevés ci-dessus.

Relation médecin-patient face à face				
Communication	Attentes des patients	Émotions	Confiance	Information
Verbal	Communication	Du patient	Confiance	Générale
Non verbal	Contact	Du médecin	mutuelle	Internet
	Expertise			
	Échange			
Relation médecin-patient en téléconsultation				

Figure 5. Paramètres de la relation face-à-face versus la relation en téléconsultation

Nous pouvons donc constater que, même si les rencontres face à face et en téléconsultation diffèrent sur de nombreux points, la relation médecin-patient demeure la même. Les exigences d'expertise, d'échange entre médecin-patient, de confiance mutuelle sont des éléments indissociables que ce soit dans une relation ou dans l'autre.

Un élément clé est la formation des médecins et/ou spécialistes parce que c'est au cours de la formation que ceux-ci apprendront comment intervenir avec le patient. Tous les niveaux de la relation médecin-patient seront pris en compte lors de la formation des futurs professionnels de la santé.

3.4 Programmes et contenu de la formation

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2006) supervise la formation médicale des spécialistes au Canada, s'assurant des normes les plus élevées en matière de formation médicale postdoctorale et de pratique médicale. Le Bureau de l'éducation du Collège royal détermine les exigences des programmes d'études médicales postdoctorales de 60 spécialités médicales, chirurgicales et de deux programmes particuliers; agréée les programmes de résidence de spécialité; évalue l'admissibilité des candidats aux examens du Collège royal et administre les examens menant au certificat du Collège royal.

Les compétences demandées au résident au terme de sa formation postdoctorale sont : connaissances initiales; connaissances pratiques; compétence; compétence avancée; expert/maîtrise. Au terme de la formation, les résidents auront acquis les compétences suivantes et fonctionneront efficacement en tant que : 1. expert médical; 2. communicateur; 3. collaborateur; 4. gestionnaire; 5. promoteur de la santé; 6. érudit; 7. professionnel, précise le Collège (Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2007). En 1996, le Collège royal a adopté un cadre innovateur pour l'enseignement de la médecine appelé le cadre des compétences essentielles des médecins CanMEDS. CanMEDS est une initiative visant à améliorer les soins aux patients. Son objectif est d'articuler une définition compétente des compétences requises pour l'enseignement et la pratique de la médecine (Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2007).

La figure 4 de la page 32 montre le schéma qui illustre les éléments et les interdépendances des rôles CanMEDS, personnifiés par les médecins compétents.

Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada agrée notamment les programmes de l'Université de Montréal que nous avons pris ici comme modèle.

3.4.1 L'Université de Montréal

Le candidat accepté à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal doit d'abord compléter les quatre années du programme d'études médicales prédoctorales; ces étudiants devront posséder une formation universitaire en sciences de la santé ou en sciences biologiques. La première année est précédée d'une année préparatoire aux études médicales destinées aux étudiants du CEGEP et aux étudiants universitaires ayant une formation en science non connexes à la médecine. Les deux premières années du programme sont dites années précliniques et les deux dernières constituent l'externat (Université de Montréal, 2007).

Le programme d'études spécialisées en psychiatrie comporte cinq années. L'objectif du programme d'ESP à l'UdeM est donc de former deux types de psychiatres qui, bien sûr, fonctionnent en complémentarité, chacun ayant besoin de l'autre :

- des cliniciens sophistiqués : ce sont des médecins psychiatres qui développent une grande habileté clinique dans l'art du diagnostic et du traitement, ainsi qu'un sens de leadership qui leur permettent de travailler au cœur des équipes interdisciplinaires, auprès de la population qui leur est référée;
- des professeurs qui, en plus d'affiner leurs compétences cliniques, orientent leur carrière vers la croissance et la transmission du savoir psychiatrique : ils s'appuient sur des activités de recherches régulières et un apprentissage des meilleures méthodes pédagogiques (Université de Montréal, 2007).

3.4.2 Une formation davantage axée sur la communication

« Poor patient-physician communication increases the risk of patient complaints and malpractice claims » (JAMA, 2007).

Suite à cette étude des chercheurs de JAMA portant sur 700 plaintes logées contre 3000 médecins québécois et ontariens en ce qui a trait à la communication, le docteur André Jacques, responsable de la formation continue au Collège des médecins du Québec et co-auteur de l'étude de l'Université McGill estime que deux correctifs doivent être apportés face aux résultats de cette étude. L'étude nous apprend que les médecins qui avaient eu de mauvaises notes à leur examen de communication avaient 38 % plus de risque de faire l'objet d'une plainte. Les deux correctifs sont les suivants : 1. les candidats admis dans les facultés de médecine doivent être mieux sélectionnés, et la formation continue doit mettre davantage d'accent sur la communication. *« Dans les tests d'admission, il devrait y avoir un outil un peu plus pointu pour évaluer les capacités de communication et les aspects relationnels »,* précise le docteur Jacques (La Presse, 5 septembre 2007). Le docteur Jacques mise sur l'apport des femmes dans la profession et qui ont selon lui *« de meilleures capacités relationnelles »*, pour corriger la situation.

« Il est possible d'apprendre à mieux communiquer. Il y a une partie innée, mais c'est aussi une aptitude qui s'acquiert et se développe » (Jacques, 2007).

Dans ce même ordre d'idée, nous pouvons retourner à la définition que le Collège royal fait du rôle de communicateur : *« les médecins facilitent efficacement la relation médecin-patient et les échanges dynamiques qui se produisent avant, pendant et après le contact médical. Les médecins permettent une communication thérapeutique axée sur les patients en partageant la prise de décision et échangeant de façon dynamique avec les patients, les membres de leur famille, les pourvoyeurs de soin, des professionnels de la santé et d'autres personnes importantes. Les compétences de ce rôle sont essentielles pour établir une relation et la confiance, établir un diagnostic, fournir de l'information, chercher à instaurer la compréhension mutuelle et faciliter un plan de soin partagé. C'est une compétence pivot pertinente à l'exercice de la psychiatrie, à toutes les étapes de la vie » (Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2007).*

Ainsi, l'Université de Montréal aujourd'hui, désire que ses résidents acquièrent les compétences pour avoir avec leurs patients une communication de meilleure qualité. Le médecin se veut accessible, ouvert à réaliser un échange avec son patient et les professeurs tentent d'appliquer des modèles de communication qui aideront les résidents à atteindre ces objectifs.

Mais actuellement dans le programme de formation du programme médical, dès la première année de formation en médecine les étudiants ont des activités spécifiquement pour apprendre à communiquer et à améliorer leur relation médecin-patient. Et ça se poursuit en 1^{re} et 2^e années. (BM, 16 p. 9)

Donc on regarde beaucoup dans ça, ce que l'étudiant essaie de faire, pourquoi il a des difficultés et comment il pourrait faire autrement. Alors on utilise le modèle Calgary-Cambridge. Le modèle de communication et, pour nous, ça c'est la base. (BM, 15 p. 8)

Le modèle Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale (1998) est bâti autour de deux axes :

1. Structurer l'entrevue :

1. en rendant explicite son organisation et
2. en prêtant attention à son déroulement.

2. Construire la relation :

1. en utilisant un comportement non verbal approprié;
2. en développant une relation chaleureuse et harmonieuse;
3. en associant le patient à la démarche clinique.

Dans sa formation, l'étudiant est donc amené par des exercices concrets avec un patient consentant à apprendre comment se déroule une consultation, à la maîtriser et à la mener à bien dans la satisfaction des deux parties.

Mais dans les fonctions du psychiatre, c'est une des fonctions essentielles qui est évaluée régulièrement, leur habileté à faire des consultations. Donc, c'est de voir un patient une fois, faire le tour du problème rapidement, puis clairement, donc là c'est vraiment

économique en temps, il faut prendre 50 minutes – 1 heure pour être capable de comprendre la situation, d'être capable de communiquer des recommandations, un diagnostic et des recommandations qui vont être accessibles au médecin à l'autre bout. Alors là il y a un entraînement très très spécifique là-dessus pour les résidents en psychiatrie (PL, 26 p. 6)

Les entrevues sont captées par caméra et les médecins formateurs discuteront avec les résidents de leur façon d'interagir avec le patient, la façon dont ils communiquent et des stratégies à adopter pour mener à bien une entrevue.

Alors les étudiants en plus d'avoir des ateliers où ils font des exercices de communication supervisés où ils ont avec du feedback immédiat, y a aussi qu'ils sont supervisés à voir leurs patients. C'est-à-dire qu'on a un système de caméra qui permet de regarder l'entrevue avec un vrai patient, que le résident fait avec un vrai patient et avec la permission du patient s'il signe, on peut enregistrer cette entrevue-là et à ce moment-là en discuter avec le résident par après et voir où il a eu des difficultés pour qu'il puisse s'améliorer. Donc c'est le jour et la nuit entre les années 70 et maintenant au point de vue de la communication. (BM, 16 p. 9)

Viennent ensuite les stages pendant lesquels l'étudiant a l'occasion de maîtriser les techniques de base de l'entrevue, de pouvoir identifier les principaux obstacles au déroulement d'une entrevue, de reconnaître les différents niveaux de communication verbale et non verbale et de nouer et maintenir une alliance thérapeutique lors d'une entrevue individuelle, conjugale ou familiale (Université de Montréal, 2007).

On les supervise. C'est-à-dire qu'il faut qu'ils voient un patient en présence du psychiatre, il faut qu'ils l'évaluent rapidement. Puis il y a beaucoup beaucoup d'exercices qu'on fait là-dessus. Et il faut qu'ils rédigent un rapport à l'omnipraticien. Donc, il faut être très détaillé quand on fait une recommandation à un omnipraticien. (PL, 27 p. 6).

De plus, former les étudiants en communication demande de la part des médecins formateurs de connaître cette communication, de l'avoir pratiquée, de trouver des façons de transmettre leur savoir. Les médecins sont des figures-modèle et ce qui est important pour les résidents, c'est la figure modèle, donc la personne qui va lui transmettre savoir et façons de faire. Les médecins qui cumulent nombre d'années de pratique n'ont pas d'emblée la

facilité de communiquer et ce sont ces médecins qui forment les futurs spécialistes et en sont aussi la figure-modèle.

C'est clair que, un autre facteur de formation, c'est le rôle modèle. Des fois le rôle modèle est beaucoup plus fort que ce qu'on dit. Ce que l'étudiant voit faire va l'influencer beaucoup plus que ce qu'on lui dit de faire, donc si on a des mauvais modèles. (BM, 16 p. 9-10)

Les médecins formateurs, disent les spécialistes interviewés, devront amener les étudiants à réfléchir sur la communication.

Pour former un étudiant sur la communication, c'est intéressant non seulement de communiquer, mais d'avoir réfléchi sur la communication et d'être capable de lui faire reconnaître ce qui se passe dans une entrevue, ce qui se passe en communication. Sinon on parle du vécu, mon vécu, ton vécu, mais on n'aide pas de façon très concrète l'étudiant à communiquer. (BM, 16 p. 10)

Les médecins seniors seront appelés à renouveler leurs compétences en communication parce que la profession a évolué, les besoins et les attentes des patients diffèrent. Les plaintes reçues, notamment et particulièrement au niveau de la communication, fait en sorte que ces professionnels ont à cœur de corriger et/ou d'améliorer les situations de communication avec tous les patients.

Donc actuellement, et là ça va se passer sur plusieurs années, là on va essayer de développer des compétences des médecins qui étaient senior comme moi, ce n'est pas tout le monde, mais si on est capable d'avoir un noyau, je ne sais pas moi, par exemple 30 % des enseignants sont prêts à faire un bout de chemin dans l'amélioration des communications. (BM, 16 p. 9-10)

3.4.3 Formation des psychiatres en regard des nouvelles technologies

Non, on n'avait aucune formation. Je peux vous dire que la technologie à l'époque c'était un peu difficile. (CG, 10 p. 2)

Est-ce que l'université enseigne, par exemple, à ses résidents comment se fait une téléconsultation, comment interagir avec un patient en présence de caméra ? Les spécialistes interrogés se prononcent sur la question.

Je ne sais pas si ça existe au niveau du curriculum universitaire. Je sais que ça existe s'ils viennent en stage en région éloignée avec moi. (MC, 24 p. 5)

Moi je suis en contact avec les résidents, je fais beaucoup d'enseignement pis je n'ai jamais entendu parler de formation à ce sujet-là ou d'expériences qui ont été faites par les résidents. (CG, 20 p. 4)

Les psychiatres déjà en pratique n'ont pas été pas habilités à manipuler les appareils durant leur formation puisque leur rôle consiste dans la consultation directe avec le patient. Ce sont donc les techniciens qui ont la charge des appareils, de leur entretien et de leur bon fonctionnement puisque le spécialiste se consacre à la rencontre et compte sur des appareils qui lui permettront de mener à bien cette rencontre.

Actuellement, c'est très très limité nos moyens de faire une, vraiment une consultation parce que les psychiatres d'un certain âge n'ont pas cette formation-là au niveau de tous les instruments, les informations électroniques actuellement. Donc on n'est pas habitués à parler à des écrans. (JSTH, 40 p. 3).

C'est-à-dire qu'habituellement, ils ne sont pas du tout habilités à faire fonctionner la machine. C'est le travail d'un technicien. (KBC, 9 p. 4)

Est-ce qu'il faut croire que les jeunes ayant évolué et grandi avec les technologies, eux que l'on qualifie de « branchés », auront plus d'aisance dans ce domaine ? Du côté des futurs médecins et/ou psychiatres, rien n'est garanti quant à leurs habiletés à manipuler les NTIC. La manipulation des NTIC est un rôle dédié aux techniciens car le psychiatre lui se concentre sur la consultation.

Je pense que les jeunes psychiatres sont plus habitués avec des écrans, sont plus habitués d'un petit peu de converser avec les

écrans, que nous. Alors ce sera plus facile pour eux de faire de la télépsychiatrie. (JSTH, 13 p. 3)

Parce que les jeunes ont l'habitude de parler avec des écrans et leur relation est vraiment comme virtuelle, mais c'est une relation qui est presque affective avec l'écran. Parce que nous, on n'a pas cette formation-là. (JSTH, 40 p. 3)

Les résidents, s'ils exercent dans un hôpital ou un centre où il se fait de la télépsychiatrie, auront l'occasion de s'entraîner à cette nouvelle pratique. Les résidents peuvent avoir une certaine expérience de la vidéoconférence en participant à des séminaires, mais c'est très différent de la consultation à distance.

Les résidents qui circulent dans les milieux sont mis en contact parce que nous quand on en a en visioconférence, on essaie de les inviter et de les exposer. Par rapport à la formation, ils en entendent parler c'est certain. Maintenant pour ce qui est des activités thérapeutiques avec un patient, je ne sais pas quel est l'état de la situation actuelle. (KBC, 16 p. 6)

One of the things we do here in our program, we do a lot of teaching to medical students and trainees and doctors training to become psychiatrists. (AP, 16 p. 5)

On leur en parle. Je ne pense pas qu'il y ait des résidents en formation qui aient fait de la verbaux, à ma connaissance, il n'y en a pas. (PL, 26 p. 6)

Parce que nous quand on en a en visioconférence, on essaie de les inviter et de les exposer. (KBC, 16 p. 6)

À l'intérieur du stage ici en région éloignée, on les expose à ça. Je sais aussi qu'ils sont exposés via la formation médicale continue. (MC, 24 p. 5)

Nous pouvons constater que l'encadrement des résidents est très important tant du point de vue de la formation théorique ou de la pratique en milieu hospitalier et que l'accent est mis sur la communication et l'approche patient. À la fin de sa formation, le résident doit atteindre les objectifs déterminés par le Collège royal et une fiche d'évaluation de fin de formation est complétée par le Comité du programme de résidence. Le Comité atteste que le résident a satisfait aux exigences de formation de la spécialité/surspécialité,

conformément aux normes générales d'agrément, et qu'il possède les compétences requises pour exercer à titre de spécialiste. En psychiatrie, les candidats doivent aussi satisfaire le programme de bioéthique.

3.4.4 La formation continue

On s'attend à ce que toutes les activités de la résidence soient reliées à un plan pédagogique bien élaboré. La réalisation de certains objectifs s'effectue le mieux grâce à une activité clinique, d'autres peuvent être atteints au moyen de cours, de séminaires, de laboratoires pratiques ou d'études dirigées. Des séances d'enseignement formel et didactiques devraient être dispensées et le recours à des demi-journées scientifiques ou à une activité équivalente est encouragé (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2003).

3.5 Les stratégies d'adaptation

Les psychiatres interrogés nous ont fait part des stratégies employées lors de la pratique de la téléconsultation afin d'atteindre les objectifs d'une téléconsultation qui réponde aux mêmes critères que la consultation face à face.

Au niveau de l'accueil et du contact, les psychiatres nous mentionnent qu'il est possible d'être vraiment présent.

You can do a simple gesture like for example move forward the camera and that gives the people at the other end the sense that you're moving in closer to understand them. (AP, 19 p. 7)

Je dirais que c'est sûrement possible de développer une relation même chaleureuse. (BM, 19 p. 12)

Permettre au patient, avec son consentement, qu'il puisse être accompagné d'une infirmière liaison durant la consultation, est un autre moyen pour améliorer la consultation et faire en

relation et tend à s'améliorer davantage avec l'accent qui est mis sur une meilleure communication et une approche patient de qualité.

sorte que le psychiatre ne manque aucun détail de la rencontre car l'infirmière liaison assiste le psychiatre afin de lui fournir tout indice non verbal qui aurait pu lui échapper.

C'est pour ça qu'on insiste pour qu'il y ait un thérapeute là-bas avec lequel on peut s'entretenir après la visioconférence, à qui on donne le mandat de s'intéresser au non-verbal, de prendre des notes, voir ce qu'aurait pu nous échapper. (KBC, 17 p. 6, Q)

C'est qu'on demande que là-bas un clinicien qui connaît bien le patient soit présent dans la salle avec lui et puisse nous faire signe si jamais y avait quelque chose au plan du non-verbal ou que l'agitation psychomotrice du patient qu'on n'était pas en mesure de déceler. Faut qu'il y ait quelqu'un qui soit là et qui soit capable de nous aiguiller sur ce qui se passe. (KBC, 3 p. 2)

Cet outil qui est la télépsychiatrie est vu par certains psychiatres comme un complément à la pratique, mais tous sont là pour dire que c'est un outil à développer, à parfaire. Les moyens mis en œuvre pour développer la télépsychiatrie comprennent aussi l'amélioration des façons de faire.

Je pourrais vous dire qu'il faut le voir comme un outil supplémentaire, hein qui peut être une ressource très importante. Il faut comprendre aussi que ça ne remplace pas le face à face. Il faut le voir comme un complément. (MC, 47 p. 10)

Par contre, c'est un outil qui à mon avis se doit d'être développé. Qui devrait y avoir beaucoup d'investissement dans la technologie, que ce soit amélioré pour que les gens l'utilisent plus. (MC, 47 p. 10)

Les nombreuses recommandations des associations entre autres de l'AMPQ, l'implication des spécialistes et l'intérêt qu'ils portent de plus en plus à la psychiatrie, permettront de faire évoluer cette pratique. Le développement incessant des technologies permettra que l'information se rende avec une plus grande qualité d'une région à l'autre.

La communication verbale est certes différente dans la consultation face à face, elle est complémentaire, mais l'expertise, la conscience professionnelle est toujours présente dans la

Chapitre 4 : Au-delà de la pratique

*Notre monde est intégralement constitué de systèmes,
vivants ou non-vivants, imbriqués et en interaction.*
Wiener, Norbert

Notre système de santé est complexe et regroupe des acteurs innombrables et un ensemble de systèmes et de sous-systèmes. Ces systèmes sont régis par des lois, des politiques et des procédures et utilisent des ressources humaines, financières et informationnelles considérables. Aussi, toute évolution du système et/ou toute réorganisation du système impliquent un ensemble de personnes et donne lieu à une dimension organisationnelle considérable. Aussi, nous nous sommes rendus compte que nous ne pouvons étudier l'interaction psychiatre et patient isolément dans un contexte de téléconsultation parce que trop de facteurs sont impliqués dans cette dyade médecin/patient.

Dans ce chapitre, nous présentons quelques notions de l'approche systémique et leur application à notre cas.

4.1 Dimension organisationnelle

La relation médecin patient se situe, nous l'avons dit, au cœur de la pratique de la télépsychiatrie. Mais au-delà de la pratique et avant même cette pratique, tout un système qui prépare, entoure, coordonne la pratique et la dépasse car le système est toujours dans le développement et les changements. Depuis sa naissance, la médecine n'a eu de cesse de se transformer et nous sommes aujourd'hui dans une transition qui s'accélère constamment et apporte son lot de transformations à tous les niveaux de cette pratique et de ce système.

« Changes in work processes were the most common. Examples of the organizational consequences of telemedicine were organizational restructuring, new organizational units, changed mechanisms for internal coordination, different flows of patients through the health-care system, improved coordination of care, new job descriptions, relocation of the place of work, employment of personnel living far away from the workplace, effects on employees not directly involved in telemedicine, sharing of experiences, minor staffing

changes, clinical teamwork independent of co-location, administrative meetings arranged by telemedicine, merger of organizations independent of location, less travel by staff (and patients), a possible beneficial effect on the quality of care, and limited opposition to the adoption of the technology » (Aas, 2001).

Joël de Rosnay (1975) décrit le système comme : « *un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisés en fonction d'un but* ». En télépsychiatrie, nous retrouvons les psychiatres et les patients mais aussi les lois, les procédures, le savoir, les autres professionnels jusqu'au personnel de soutien, les infrastructures, la technologie, le modèle organisationnel, les considérations éthiques etc. Il nous est donc possible de voir la télépsychiatrie comme un ajustement du système psychiatrique afin d'offrir un service amélioré à des patients éloignés. Dans le système, alors que la consultation face à face implique habituellement deux personnes : le médecin et son patient, en téléconsultation, elle dépasse le médecin et le patient et dépend de tout un autre système.

Implanter cette nouvelle forme de pratique exige de la part de tous les acteurs concernés une remise en question de la pratique telle que connue jusqu'à maintenant. « *Elle implique une transformation des modes de coordination de la pratique médicale qui, actuellement, reposent principalement sur le déplacement des patients* » (Sicotte et Lehoux, 2005). Dans ce mémoire, nous nous intéressons aux changements qu'entraîne ce mode de pratique qu'est la télépsychiatrie et leurs effets éventuels sur la qualité des services rendus par rapport à ce qui demeure inchangé dans cette relation médecin-patient. L'interaction constante entre les éléments d'un système ou à un endroit d'un système — ici le programme de télépsychiatrie — entraîne sans contredit des ajustements au niveau des autres composantes du système. La télépsychiatrie entraîne un déplacement de la charge de travail entre les organisations, mais de façon limitée. Certaines tâches effectuées par les cliniques externes psychiatriques ou les hôpitaux psychiatriques sont déplacées vers les soins de première ligne (Aas, 2002). Cet aspect d'interaction et d'interdépendance est également applicable aux relations qui existent entre les systèmes et entre le système et l'environnement dans lequel il fonctionne. Nicolini (2007) parle d'une reconfiguration spatiale et temporelle de la pratique médicale et des méthodes de travail. Ce qui signifie que les psychiatres utilisant la télépsychiatrie, auront à travailler avec des équipes, à partager un patient dont le dossier sera géré par le médecin traitant de sa région. Du côté des patients, ceux-ci, ainsi que les membres de leur famille,

n'auront plus à se déplacer sur de longues distances pour plusieurs rendez-vous par exemple.

Quant aux médecins, ils auront à composer avec un environnement où les technologies imposeront un autre cadre, d'autres équipes et une restructuration complète de la pratique. Car les exigences totales du système englobent, par conséquent, les unités d'extrémité (les stations de vidéoconférence, les unités multimédia, les dispositifs d'imagerie médicale, les appareils de surveillance, etc.) et les moyens de faciliter les communications : les satellites, le câble, les tours à ondes ultra-courtes, les lignes téléphoniques, les réseaux étendus, les réseaux locaux, les réseaux sans fil, utilisés en combinaison pour permettre des communications en temps réel avec possibilité d'emmagasiner et de retransmission (Picot et Craddock, 2000). De nombreuses instances tant politiques que médicales et sociétales sont impliquées dans de tels projets.

« In psychiatry, opinions about the changes in the distribution of tasks were divided, but most respondents found that some change had occurred. Telepsychiatry resulted in a change in the distribution of tasks between the psychiatric outpatient clinics of local hospitals and mental hospitals. » (Aas, 2002).

Le visage de la médecine tel que nous l'avons déjà connu se transforme avec la télésanté. En téléconsultation, les intervenants comme les infirmières de liaison ou encore les personnes qui vont accompagner le malade, sans oublier les techniciens qui vont gérer les NTIC, sont partie prenante de ce système nouveau dédié aux soins en région. Le fait qu'une tierce personne puisse accompagner le patient s'il y consent, est un élément nouveau qui apparaît dans le système. Cette tierce personne accompagnera le patient dans la salle de consultation même et sera là afin d'aider le psychiatre, notamment dans l'interprétation d'indices non verbaux.

Le dossier du patient est maintenant partagé entre le médecin traitant et le spécialiste. La gestion du personnel implique de nouvelles formes parce que les équipes sont situées dans des régions différentes. Chacune des équipes mobilisées pour une rencontre en téléconsultation, aura à déployer du personnel, à investir du temps, à modifier les horaires et les tâches d'autre personnel afin de mettre en place une consultation par vidéoconférence.

« Le médecin consultant, ayant perdu l'accès direct au patient et à l'information contenue dans son dossier, dépend alors du médecin traitant qui lui, grâce à sa proximité physique, bénéficie de cet accès direct. C'est le médecin traitant qui devient alors la source principale, et même unique, d'informations du médecin consultant délocalisé. De cette façon, le système humain doit compenser pour la faible performance technique du système » (Sicotte et Lehoux, 2005).

Les tâches seront également distribuées autrement. La capacité à capturer le potentiel de la technologie et à pouvoir réaliser une coordination à distance de la pratique médicale implique la présence d'un dispositif sophistiqué qui, à son tour, implique une restructuration profonde des processus professionnels et organisationnels ((Sicotte et Lehoux, 2005).

« The changes included the avoidance of some admissions, some patients being discharged earlier from mental hospitals, some involuntary admissions being prevented and some increase in voluntary admissions. Telepsychiatry certainly produced changes in the distribution of tasks, both between primary care and the outpatient clinics of local hospitals, and between these outpatient clinics and mental hospitals. » (Aas, 2002).

Les restructurations de ce système touchent également les lieux physiques. Plusieurs hôpitaux sont maintenant munis de salles de visioconférence, mais pas toutes. Le patient en région devra se rendre dans un lieu propice à la téléconsultation, c'est-à-dire possédant l'équipement technologique approprié et qui ne sera pas nécessairement l'hôpital de sa région. Des personnes devront être affectées pour repérer ces lieux de téléconsultation, en aviser les patients et une équipe devra se rendre sur place pour superviser les rencontres selon des horaires précis. La collaboration de toutes les personnes impliquées dans un tel projet est très importante et marque une différence par rapport au lieu de consultation habituel.

Ces transformations exigent des évolutions d'organisations, de pratiques et de relations. *« Les exigences de mise en œuvre de la technologie sont telles que les chances sont élevées que les acteurs cherchent à les contourner. Procéder à ces transformations suppose des incitations fortes qui ne relèvent pas de la seule volonté d'utiliser la technologie » (Valette, 2005).*

Environnement et système s'influencent mutuellement (Lapointe, 2007) et nous avons pu le voir, la télépsychiatrie a un effet sur l'ensemble de la société, d'abord en instaurant une pratique nouvelle qui touche autant les médecins que les patients, en voulant réduire le temps d'attente ainsi que le temps consacré au déplacement des patients, en incorporant les technologies là où une alliance thérapeutique a toujours prévalu et doit toujours rester présente au cœur de ces nouvelles pratiques dans des systèmes en évolution.

« La structuration de chaque partie du système, la définition de ses liaisons, de ses méthodes et de ses procédures vont se développer progressivement par essais-erreurs au contact de l'environnement par ajustements successifs et par accroissement de la variété de contrôle » (Mélèze, 1972).

« As trust is the lubricant of commerce, so it [trust] is also for collaborative medicine. Medicine operates on trust : patients trust their doctors; doctors trust their staff; and patients, doctors, nurses, and hospitals must trust each other » (Brown et al., 2002).

La collaboration devient ici primordiale, collaboration entre médecins et spécialistes, entre médecins et infirmières, entre médecins, spécialistes et patients. Les équipes de médecins doivent aussi œuvrer dans la confiance et le partage. Pour être efficace, la télémédecine doit pouvoir compter sur des mécanismes organisationnels et professionnels appropriés qui impliquent une restructuration des structures traditionnelles de coordination des soins médicaux (Sicotte et al., 2005). En effet, avec la télémédecine, ceci implique que chaque membre participant à ces nouvelles pratiques devient interdépendant. Médecin et spécialistes, intervenants, patients, techniciens, tous ces acteurs font partie d'un système qui devra compter les uns sur les autres dans un climat de confiance.

« Collaboration is a social process and trust is an important contextual factor for both collaborative and virtual relationships » (Brown, Scott Poole, Rodgers and Van Walsum, 2002).

La qualité de la relation médecin patient dans la confiance demeure un des buts à atteindre en télépsychiatrie, comme nous l'avons précisé au début de ce chapitre. Tous ces éléments du système qui interagissent, influent les uns sur les autres ont pour objectif une amélioration des soins aux patients de régions.

La télémedecine permet des interactions entre médecins et spécialistes situés à des endroits de plus en plus étendus sur la planète. Le but commun de tous ces professionnels de la santé est de trouver la meilleure façon de guérir le patient. Plus de savoir et d'expertise se coordonnent avec les équipes qui travaillent en symbiose dans un seul but.

L'approche systémique insiste sur les transformations qui se produisent à l'intérieur des ensembles que l'on étudie (Lapointe, 2007). Parmi les transformations au sein de la télépsychiatrie, nous pouvons dire que la communication est directement touchée.

Les réseaux de communication permettant le transport, l'échange d'informations entre les parties de ce système et entre le système et son environnement, se voient modifiés (Wilson, 1984). Psychiatres et patients auront à vivre une rencontre inhabituelle où des appareils sont ajoutés dans chacun des bureaux : écran, caméra, etc.

La communication, c'est aussi dans ce cas communiquer avec son patient par le biais de caméras.

4.2 Dimension technologique

« Si la technologie est souvent présentée comme un facteur puissant de restructuration à court et moyen terme, la télémedecine occupe une place spécifique puisqu'elle a comme projet explicite d'établir de nouvelles relations entre les professionnels, les services, les établissements, et de modifier les frontières des pratiques » (Valette, 2005).

La technologie est un changement majeur dans la pratique de la médecine. En télépsychiatrie, là où le système interagit avec un patient, l'enjeu est différent comparativement à une discipline où simplement une image est requise au médecin pour poser son diagnostic, en radiologie notamment. Si la technologie est considérée comme un fardeau par les médecins, l'implantation de la technologie dans le système, sera un échec (Aas, 2001).

« En même temps, cette technologie marque une rupture importante des modes usuels d'échanges entre médecins » (Sicotte et Lehoux, 2005).

« Cette perspective implique que de nouvelles formes organisationnelles émergent grâce à la capacité des technologies à modifier les moyens traditionnels par lesquels les médecins communiquent et se coordonnent » (Sicotte et al. 2005).

Des techniciens doivent être mobilisés pour tenir à jour l'équipement, le renouveler, pour donner des séances d'information, ainsi que la formation appropriée. Impliquer un technicien dans le système implique qu'il devra connaître les impacts éthiques et y répondre. Un des changements dans la téléconsultation est qu'un technicien peut être requis lors de la consultation. Il est bien sûr suggéré que le technicien soit appelé en dehors de la période de consultation afin de préserver toute confidentialité, mais un bris des appareils durant une consultation, peut entraîner l'arrêt de cette consultation. Des accords doivent être pris pour le déroulement en cas de problèmes.

« The technology becomes a tool for the coordination of the efforts of different organizations. When personnel from different organizations communicate telemedically, they form virtual organizations. » (Aas, 2001).

La technique doit être performante, renouvelée, permettre de capter, transmettre, reproduire image et son, éviter les délais dans la transmission, donner un feedback immédiat, pas de distorsion de l'information. Aussi le réseau de la santé est un des plus performants....

« It is not only the case that organizations may react to new technology, but it has also been suggested that more effective use of technology may require organizational change » (Aas, 2001).

Les bouleversements dans le système impliquent également des ajustements à la dimension éthique. L'élargissement du personnel en téléconsultation pose la question de la confidentialité et l'intervention d'accompagnants par exemple en salle de consultation ne doit en rien minimiser les règles d'éthique.

L'approche systémique nous a permis de comprendre mieux le vaste système qui se déploie en télépsychiatrie. Bien sûr, une étude plus exhaustive nous aurait permis de cerner encore mieux les enjeux de la télépsychiatrie au sein des patients ou encore de la société en général. Notre mémoire a voulu regarder les psychiatres qui coordonnent des consultations à distance et de regarder l'impact sur comment se vit la relation humaine en télépsychiatrie.

Chapitre 5 : Conclusion

Conclusion

Le modèle de la téléconsultation qui marque un tournant majeur dans la pratique, permet l'accès à des spécialistes pour les personnes vivant en région éloignée, évitant des déplacements répétés aux médecins et aux patients, et ainsi des coûts additionnels à l'État. Toutefois, cette pratique a des différences marquées par rapport à la consultation dans un bureau de médecin. La téléconsultation se fait comme un service de troisième ligne et le nombre de rencontres se limite à une ou deux fois puisqu'il s'agit ici de recherche de diagnostique et non d'une thérapie à long terme comme dans la pratique régulière de la télépsychiatrie.

Nous avons aussi constaté que cette consultation est faite en tentant de réunir et de conserver tous les aspects de la consultation face à face. C'est le patient qui prime et la rencontre virtuelle avec un psychiatre qu'il voit la plupart du temps pour la première fois (pour la dernière dans certains cas), se veut aussi professionnelle que l'autre. Donc les médecins référents et les psychiatres consultants mettent tout en œuvre pour rencontrer cette clientèle particulière dans les meilleures conditions de confiance, de communication, d'échange, de confidentialité.

Malgré ses nombreux avantages de la télépsychiatrie comme la possibilité pour les psychiatres de ne pas avoir à se déplacer tout comme les patients qui pourront consulter à partir de leur localité, les coûts de transport et la diminution des temps d'attente, le problème relevé par Miller et rapporté par les psychiatres interrogés demeure celui de la communication non verbale. Parmi toutes les spécialistes médicales, le psychiatre est celui qui a le plus besoin d'identifier les signes non verbaux chez son patient. Sans toutes ces données, le diagnostique peut être réfuté. Les psychiatres nous ont mentionné que certains indices non verbaux peuvent être perçus, mais que d'autres indications comme la sudation ou les tremblements fins peuvent échapper à leur expertise. Ceci est dû à la technologie parfois défaillante comme le saut d'image par exemple. Avec le consentement écrit du patient, une infirmière peut rester dans la salle de consultation et transmettre au psychiatre

tous ces indices. Ceci est un des moyens mis en œuvre par les psychiatres afin d'assurer une surveillance du patient et de mener à bien les entrevues.

Ce qui ressort également de notre étude est le fait que la technologie constitue un obstacle à divers niveaux. Premièrement en ce qui a trait aux psychiatres déjà en pratique qui sont assez réticents à l'employer. Le temps représenté à l'apprentissage des NTIC parmi toutes les tâches qui leur incombent, et parfois le maniement des instruments sont des facteurs qui freinent les psychiatres, bien que certains soient plus ouverts. Les problèmes techniques : bandes passantes, sauts d'image, coupure de son, sont des aléas qui rebutent les psychiatres parce que ces conditions peuvent mettre fin à la consultation. De plus, tous les hôpitaux ne sont pas encore équipés de salle de visioconférence et des efforts sont faits en ce sens afin que des salles adéquates soient disponibles sur le lieu de travail du psychiatre ainsi que dans les hôpitaux en région pour accueillir le patient. Infirmière et technicien sont donc de nouveaux acteurs au sein de la consultation par visioconférence, ce qui marque un changement majeur par rapport à la consultation face à face.

Pour ce qui est des futurs psychiatres, les spécialistes interviewés nous ont appris qu'aucune formation aux résidents n'était offerte en ce qui a trait à la téléconsultation. Si les résidents travaillent dans un hôpital où un psychiatre supervise ou fait de la téléconsultation, ils seront exposés à cette pratique. Pour ce qui est des NTIC, la tendance laisse croire que les jeunes soient plus familiers avec la technologie, mais faire une téléconsultation avec un patient psychiatrisé requiert des apprentissages particuliers et même si les futurs psychiatres peuvent connaître le maniement d'ordinateurs, ils ne seront pas appelés en tant que tel à manipuler les machines, ce qui est l'affaire des techniciens. Ce qui pourrait aussi aider les jeunes psychiatres à se familiariser avec la visioconférence, c'est la formation et les rencontres qui se font par visioconférence avec leurs formateurs.

La télépsychiatrie, en plus d'être en fonction dans les régions, pourrait s'avérer une alternative aux problèmes croissant évoqué dans le rapport *Waiting Your Turn : Hospital Waiting Lists in Canada* (17th edition, 2007). Le rapport révèle que : « *en moyenne, les Canadiens ont patienté 18,5 semaines cette année pour obtenir un traitement psychiatrique* ».

Le rapport indique également que les délais d'attente pour voir un spécialiste en santé mentale continuent de s'allonger (La Presse, 2007).

Nous pouvons donc conclure en disant que la télépsychiatrie est un modèle à développer, mais qui reste à améliorer. L'AMPQ a fait des recommandations (en annexe) quant à l'usage de la télépsychiatrie. Sur le plan individuel, l'AMPQ recommande de s'assurer d'une connaissance suffisante de la pratique de la télépsychiatrie et sur le plan association de favoriser la formation en télépsychiatrie sous différentes formes comme des cours, des ateliers.

Ce mémoire, qui s'est attardé à la pratique des psychiatres en consultation de télépsychiatrie, nous a permis d'étudier un aspect de la question. Il aurait été certes intéressant, ce qui demeure une piste à explorer, d'interviewer également les patients qui acceptent d'être vus en consultation de télépsychiatrie. Les psychiatres interrogés n'ont peut-être pas pu nous présenter toutes les pathologies retrouvées dans toutes les situations rencontrées en télépsychiatrie. À travers les nombreuses pratiques à travers le Québec, le Canada et aussi à travers le monde, nous constatons qu'une étude encore plus exhaustive serait intéressante pour répertorier divers autres cas et savoir comment se développe à ce jour les consultations en télépsychiatrie.

Mais, comme le précise le ministre de la Santé et des Services sociaux, Philippe Couillard : *« L'accès aux psychiatres n'est pas seulement relié au nombre de psychiatres disponibles, mais aussi sur la façon dont ils travaillent, la relation qu'ils ont avec la première ligne »* (La Presse, 2007). Ce qui ramène au problème du système et du besoin de faire en sorte que tous les acteurs de la santé, de la psychiatrie et maintenant de la télépsychiatrie partagent une même cause et œuvrent dans un système sans failles. Et, comme le précisent Maheu et al. (2001) : *« Les professionnels de la santé qui recourent à la télépsychiatrie doivent prendre conscience de ce bouleversement et adopter certaines règles d'étiquette et manières de communiquer afin de maintenir une efficacité et un professionnalisme analogues aux consultations en face-à-face. »*

Ça prendra du temps pour équilibrer les pratiques en train de se développer, mais le système mis en place promet de s'améliorer et de se développer afin de continuer à offrir aux patients une relation humaine en télépsychiatrie.

Bibliographie

- Ackoff, R.L., et Emery, F.E. (1972). *On Purposeful Systems*, Londres : Tavistock Publications.
- Aas, I.H. M. (2001). *A qualitative study of the organizational consequences of telemedicine*. Journal of Telemedicine and Telecare, 7 : 18-26.
- Aas, I.H. M. (2001). *Telemedical work and cooperation*. Journal of Telemedicine and Telecare, 7 : 212-218.
- Aas, I.H.M. (2002). *Telemedicine and changes in the distribution of tasks between levels of care*. Journal of Telemedicine and Telecare, 8 Suppl. 2 S2 :1-2.
- Adler, A. 1933. *Le sens de la vie. Étude de psychologie individuelle*. Tiré de la collection « *Les classiques des sciences sociales*. » Consulté le 10 octobre 2006 au : <http://bibliotheque.uqac.quebec.ca/index.htm>.
- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux - AETMIS. (1998). *Activités internationales en télésoins à domicile*, p. 22.
- Association médicale des psychiatres du Québec – AMPQ (2006). *Définition du psychiatre*. Consulté le 10 juin 2006 au : www.ampq.org.
- Association médicale des psychiatres du Québec – AMPQ (2005). *La télépsychiatrie au Québec*. Comité de télépsychiatrie, p. 1 – 63.
- Association of American Medical Colleges (1998). *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance*. Dans : *Évaluation & The Health Professions* (2004), vol. 27, no. 3, p. 238.
- Baeza, H., et Weil, K. (1998). *Communications difficulties during the medical interview*. Rev Med Chili, octobre 126(10) : 1255-61.
- Balint, M., (1996). *Le médecin, son malade et la maladie*, France, éditions Payot.
- Bensaid, (2004). Dans *L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire*. Pédagogie Médicale, mai 2004, volume 5, numéro 2, p. 110 - 126.
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General Systems Theory, Foundation, Development, Applications*, New York : G. Braziller, trad. Française (1973), *Théorie générale des systèmes*, Paris : Dunod.
- Birmingham , L. (2003). *Telepsychiatry and e-Mental Health*. Dans : South London and Maudsley : The Royal Society of Medicine Press Limited.

- Blanchet, L., (1981). *La santé mentale, des facteurs sociaux et des coûts*, p. 1. Consulté le 11 novembre 2006 au : <http://www.erudit.org/smq/1981/v6/n2/2030101ar.pdf>.
- Blume, S.S. 1992. *Insight and industry : On the dynamics of technological change in medicine*. Cambridge, MA : MIT Press. Dans Routledge, *The problem of health technology, Policy implications for modern health care systems*.
- Brown, H. G., Scoll Poole, M., Rodgers, T.L. et Van Walsum, K. (2002). *Trust, Trait Theory, and Collaboration in Telemedicine : A circumplex perspective*. Proceedings of the 36th Hawaii International Conference on System Sciences (HICSS'03), p. 1 - 10.
- Callahan, D. (1990). *What kind of life : the limits of medical progress*. Washington, D.C. : Georgetown University Press. Dans Routledge (2006), *The problem of health technology, Policy implications for modern health care systems*.
- Cloutier, A. (2004). *Telehealth and Canada : A Good Fit*, Guest Editorial, Telemedicine Journal and e-Health, volume 10, number 1, p. 1-2.
- Cloutier, A., Fortin, J.-P. (2001). Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie. Dans : Rapport 2006 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – AETMIS, p. 1 - 76.
- Cloutier, A. (2004). *Telehealth and Canada : A Good Fit*. Guest Editorial, Telemedicine Journal and e-Health, vol. 10 no. 1 : p. 1 – 2.
- Collège des Médecins du Québec, (2000). *La télémédecine*. Énoncé de position, mai 2000. Consulté le 13 octobre 2006 au : <http://www.cmq.org>.
- Collège des Médecins du Québec (2000). *Énoncé de position – La télémédecine*. P. 1 – 15.
- Collège des Médecins du Québec (2000). *Statistiques sur les spécialités*. Consulté le 21 mars 2007 au : <http://www.cmq.org/CmsPages/PageCmsSimpleSplit.aspx?PageID=33673f17-316a-46b4-b854-7b0cf3e512a8>.
- Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (1998). *Le modèle Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale*. Consulté le 3 septembre 2006 au : <http://www.cmq.org>.
- Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (2006). *Le service et l'éducation dans la formation médicale postdoctorale : Un exposé de principe en matière d'agrément*. Consulté le 15 octobre 2006 et le 20 septembre 2007 au : <http://crmcc.medical.org/residency>.
- Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada (2006). *Les compétences CanMeds*. Consulté le 15 octobre 2006 au : <http://crmcc.medical.org/Canmeds>.

- Comité de télépsychiatrie, AMPQ, (2005). *La télépsychiatrie au Québec*, p. 23.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). *Rapport final Romanow*. Santé Canada, novembre 2002. Consulté le 22 octobre 2006 au : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/hhr/romanow_f.pdf.
- Conseil des facultés de médecine de l'Ontario – COFM (2003). *Aptitudes et compétences essentielles pour l'étude de la médecine*. Consulté le 9 octobre 2006 au : http://centre.ouac.on.ca/omsas/pdf/COFM_Abilities_Nov03.pdf#search=%22communication%20non%20verbale%20et%20m%C3%A9decine%22
- Cosnier, J. (1996). *Les gestes du dialogue, la communication non verbale*. Rev. Psychologie de la motivation, 21, 129-138. Consulté le 12 septembre 2006 au : <http://icar.univ-lyon2.fr/membres/jcosnier/articles>.
- Côté, L., Savard, A., et Bertrand, R. (2001). *Évaluation des compétences relationnelles du médecin avec le patient*, Le Médecin de famille canadien, vol. 47, p. 512-518.
- Coudreuse, J.-F. (2006). *La Formation Balint*. Consulté le 10 mai 2006 au : <http://www.balint-smb-france.org>.
- De Rosnay, J. (1975). *Le microscope : vers une vision globale*. Paris : Seuil.
- Dictionnaire *Le Nouveau Petit Robert de la langue française* (2007), éditions Le Robert, p. 502.
- Dictionnaire *Le Larousse* (2005). Paris : éditions Larousse, p. 278.
- Dictionnaire De Villers, Marie-Éva (1997). *Multi dictionnaire de la langue française*, Québec Amérique, p. 325-327.
- Dortier, J.-F. 1998). *Les sciences humaines – Panorama des connaissances*. Paris : éditions Les Sciences Humaines.
- Dumont, M. (2005). *Rencontre avec la psychiatre*. Service d'orientation et de consultation psychologique, Service des étudiants, Université de Montréal, 28 novembre 2005.
- Flewelling, C., and Ingram, C.A. (2004). *Telepediatrics in Canada : An Overview*. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10:3, p. 357-368.
- Fortin, J.-P., Labbé, F., et Lamarche, P.A. (1999). *La télémédecine au service des régions : un projet de démonstration aux Îles-de-la-Madeleine*. Fonds pour l'adaptation des services de santé – Rapport final, p. 1-42.

- Flick, U. (1999). *Social Construction of Change : Qualitative methods for Analysing Developmental Process*. Notes de cours : COM 6285 Méthodes d'études sur le terrain, Groleau, Carole, Université de Montréal.
- Gagnon, M.-P., Cloutier, A., & Fortin, J.-P. (2004). *Quebec Population and Telehealth : A Survey of Knowledge and Perceptions*, *Telemedicine Journal and e-Health*, volume 10, number 1, p. 3-12.
- Gelbert, Starling (2003). *Telepsychiatry and e-Mental Health*. Dans : South London and Maudsley : The Royal Society of Medicine Press Limited.
- Geoffroy, L., (2000). *Les e-docteurs*. Journal Forum, Université de Montréal, 5 juin 2000, p. 3. Consulté le 11 octobre 2006 au : <http://www.forum.umontreal.ca/numeros/1999-2000/Forum00-06-05/article08.html>.
- Godleski *et al.* (2003). Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie. Dans : Rapport 2006 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – AETMIS, p. 1 - 76.
- Guicheney, P. (1974). *Qu'est-ce que le médecin ? Étude psychologique de la relation médecin-malade* », La Haye, éditions Mouton-Paris.
- Guide de Référence Santé (2006). *La télésanté bien placée pour progresser au Canada*. Consulté le 20 octobre 2006 au : http://www.guidesanteenligne.com/news_mail.asp?ID=57579.
- Heritage, J., and Stivers, T. (1999). *Online commentary in acute medical visits : a method of shaping patient expectations*, *Social Science & Medicine*, 49, p. 1501-1517.
- Hilty, D.M., Luo, J.S., Morache, C, Marcelo, D.A. and Nesbitt, T. S., (2002). *Telepsychiatry, An Overview for Psychiatrists*. *CNS Drugs*, 16(8), p. 527 – 548.
- Hilty *et al.* (2004). Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie. Dans : Rapport 2006 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – AETMIS, p. 1 - 76.
- Hôpital Ste-Justine (2001). Service en santé mentale pour les enfants et les adolescents. Rapport Réseau Mère-Enfant, projet : QC 305, p. 1 – 40.
- Iezzoni, L.I., Ramanan, R.A., et Lee, S. (2006). *Teaching Medical Students about Communicating with Patients with Major Mental Illness*. *J Gen Intern Med*, 21 : 1112-1115.
- Inforoute Santé Canada (2006). *La télésanté bien placée pour progresser au Canada*. Communiqué de presse de la Société canadienne de télésanté (SCT), p. 1 – 2.

- Institut canadien d'information sur la santé - ICIS. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Santé Canada, Ottawa, Canada, p. 1- 21.
- Institut canadien d'information sur la santé - ICIS. (2005). *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*, p. 23. Consulté le 15 octobre 2006 au : http://www.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=home_f.
- Jacques, A. (2007). *Les médecins ont des problèmes de communication*. Dans : Journal La Presse Édition du 5 septembre.
- Jodelet, D. (1998). *Aperçus sur les méthodologies qualitatives*. Notes de cours : COM 6285 Méthodes d'études sur le terrain, Groleau, Carole, Université de Montréal.
- Le Journal de la Faculté de médecine (2005). *Que Faut-il apprendre aux médecins de demain ?* Université de Montréal, 2005, vol. 1, no. 2, p. 1 et 2.
- Journal La Presse (2007). *Les médecins ont des problèmes de communication*. Édition du 5 septembre.
- Journal Le Devoir (2006). *Quand le Médecin voit au-delà de la maladie*. Édition du 28 janvier, p. 1.
- Kim, S.S., Kaplowitz, S, and Johnson, M.V., (2004). *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance*. *Evaluation & The Health Professions*, vol. 27, no. 3, p. 238.
- L'Actualité médicale (2001). *La télémédecine ou la télésanté*. Consulté le 22 septembre 2006 au : http://www.amlfc.org/Articles/2001_03_02_am.html.
- L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé — Québec (AETMIS - 2006), *Télésanté : lignes directrice cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie*, p. i-76.
- Lamontagne, Y. (2002). « *Les technologies de l'information – Réalité ou utopie ?* ». *Bulletin Le Collège*, printemps-été 2002, vol. XLII, numéro 1. Consulté le 13 octobre 2006 au : <http://www.cmq.org>.
- Lamontagne, Y. (2005). *Pour que la transparence l'emporte sur « la loi du silence »*. *Revue Le Collège*, vol. XLV, no. 2, printemps-été 2005. Consulté le 13 octobre 2006 au : <http://www.cmq.org>.
- Lamontagne, Y. (2005). *La communication professionnelle en santé*. Dans Montréal : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Lapointe, J. (2007). *L'approche systémique et la technologie de l'éducation*. Consulté le 3 décembre 2007 au <http://www.sites.fse.ulaval.ca/reveduc/html/vol1/no1/apsyst.html> #14.

- Le Mensuel d'information du département d'administration de la santé de l'Université de Montréal – Zoom DASUM (2007). *Plus de 20000 téléconsultations cliniques par an menées par le CUSM*, no 18, p. 1 – 3.
- Le Réseau Informatique (1996). *Des projets québécois en télé médecine — Quand la distance n'a plus d'importance*. Mars 1996, volume 8, numéro 2.
- Le Réseau Informatique (2001). La télépsychiatrie, de l'Australie à l'Alberta en passant par le Québec, vol. 13 :1. Consulté le 2 janvier 2007 au : <http://www.sogique.qc.ca/magazine/archives/vol13no1/telepsychiatrie.htm>
- Lefranc, D., et Bourgeois, D. (2005). *La télépsychiatrie à l'épreuve de la réalité*. Consulté le 15 mai 2006 au : <http://wwwl.medspe.com>.
- Lehoux, P. (2006). *The Problem of Health Technology, Policy implications for modern health care systems*. Londres : Routledge.
- Lehoux, P., Sicotte, C., Denis, J.-L., Berg, M. & Lacroix, A. (2002). *The theory of use behind telemedicine : how compatible with physicians' clinical routines ?*, Social Science & Medicine, vol. 54, p. 889-904.
- Loane, M. and Wootton, R. (2002). *A review of guidelines and standards for telemedicine*. Journal of Telemedicine and Telecare 2002; 8 :63-71.
- Louis-Courvoisier, M.. (2001). *Le malade et son médecin : le cadre de la relation thérapeutique dans la deuxième moitié du XVIIIe siècle.*, CBMH/BCHM, volume 18, p. 277-296.
- Lussier, M.-T., Richard, C. (2004). *La communication professionnelle en santé*. Montréal : Éditions du Renouveau Pédagogique Inc.
- Maheu et al. (2001). *Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie*. Dans : Rapport 2006 de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, p. 1 – 76.
- Maruani, G., et Watzlawick, P. (1982). *L'interaction en médecine et en psychiatrie (en hommage à Gregory Bateson)*. Paris : éditions Atelier Alpha Bleue.
- Mattelart, A., et Mattelart, M. (2002). *Histoire des théories de la communication*. Paris : éditions La Découverte.
- Mélèze, J. (1972). *L'analyse modulaire des systèmes de gestion*. A.M.S., Puteaux, France : Éditions hommes et techniques.
- Meryn, S. (1998). *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance*. Dans : Evaluation & The Health Professions (2004), vol. 27, no. 3, p. 238.

- Migeotte, A. (2002). *La relation médecin-malade : un art qui s'enseigne*. Rev Med Liège, 57, 3 : 161-164.
- Miller, E.A. (2003). *Telepsychiatry and Doctor-Patient Communication — an analysis of the empirical literature* » Dans Society of Med Press, *Telepsychiatry and e-mental health*.
- Millette, B., Lussier, M.-T., et Goudreau, J. (2004). *L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire*. Pédagogie Médicale, mai 2004, volume 5, numéro 2, p. 110 - 126.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Guide de présentation des projets en télésanté*, p. 1.
- Möllering, G. (2001). *The Nature of Trust : From Georg Simmel to a Theory of Expectation, Interpretation and Suspension*. Institute for Business Administration, Free University of Berlin, p. 404
- Morgan, G. et Smircich, L. (1980). *The Case for Qualitative Research*. Academic of Main Review, vol. 5, no. 4 : 491-493.
- Nicolini, D. (2007). *Stretching out and expanding work practices in time and space : The case of telemedicine*. Human Relations, vol. 60(6) : 889.
- Noorani, H.Z., et Picot, J. (2001). *Évaluation de la vidéoconférence en télésanté au Canada*, Rapport technologique, mai 2001, numéro 14, p. iii.
- Onor, M.L., & Misan, S.(2005). *The Clinical Interview and the Doctor-patient Relationship in Telemedicine*, Telemedicine and e-Health, volume 11, number 1, p. 102-105.
- Perreault, R. (2006). *La télépsychiatrie au secours des régions*. Le Médecin du Québec, vol. 41, no. 3, p. 26.
- Pesämaa, L., Ebeling, H., Kuusimäki, M.-L., Winblad, I., Isohanni, M., and Moilanen, I. (2004). *Videoconferencing in child and adolescent telepsychiatry : a systemic review of the literature*, p. 187.
- Picot, J., et Craddock, T. (2000). *L'Industrie de la télésanté au Canada : profil de l'industrie et analyse des capacités* p. 7. Consulté le 10 novembre 2006 au : <http://strategis.ic.gc.ca/pics/itf/pdf05488f.pdf>.
- Personal Information Privacy - Privac-c (2002). *Assessment of CHIPP Projects. Final Report – Office of health and the Information Highway*, Health Canada, p. 1 - 12.

- Réseau universitaire intégré de santé de l'Université McGill - RUIS (2005). Plan directeur préliminaire de télésanté, version 05, p. 1 – 47.
- Sicotte, C., & Lehoux, P. (2005). *La télémédecine et la transformation des formes organisationnelles de l'hôpital*, Dans Les Presses de l'Université de Montréal, *L'hôpital en restructuration*.
- Silverman, J., Kurtz, S., and Draper, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients*. Oxford, San Francisco : éditions Radcliffe (second edition).
- Société de la médecine rurale du Canada (2002). *Les communautés rurales et éloignées*. Dans : Rapport final 2002 de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, p. 1 - 369.
- Sorvaniemi, M., Ojanen, E., & Santamäki, O. (2005). *Telepsychiatry in Emergency Consultations: A Flow-Up Study of Sixty Patients*, Telemedicine and e-Health, volume 11, number 4, 439-441.
- Stab, P., Staccini, P., Lambotin, M., Rampal, P., M'Madi, F. et Pringuey, D. *La téléconsultation en psychiatrie : évaluation d'une expérience originale dans le haut-pays niçois*, p. 2-5. Consulté le 11 septembre 2006 au : <http://www.univ-lille2.fr/cerim/colloques/e-sante/pdf/P.Staccini.pdf>.
- Stewart, M. (2006). *Quand le Médecin voit au-delà de la maladie*. Dans : Journal Le Devoir, édition du 28 janvier, p. 1.
- Tamblyn, R., Abrahamowicz, M., Dauphine, D., Wenghofer, E., Jacques, A., Klass, D., Smees, S., Blackmore, D., Winslade, N., Girard, N., Du Berger, R., Bartman, H., Buckeridge D.L., et Hanley, J.A. (2007). *Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities*. Journal of American Medical Association – JAMA, vol. 298, no. 9, p. 993-1001.
- Télépsychiatrie Hôtel-Dieu de Montmagny et Centre hospitalier régional de l'amiante (1998). *Projet de télépsychiatrie*. Consulté le 15 juin 2006 au : <http://rancourt.iquebec.com>
- Thomas, C.R., Miller, G., Hartshorn, J.C., Speck, N. C., & Walker, G. (2005). *Telepsychiatry program for Rural Victims of Domestic Violence*, Telemedicine and e-Health, 2005, volume 11, number 5, 567-573.
- Tricot, A., & Pouget, R. (1999). *L'influence de la cybernétique et de la communication sur la psychiatrie : quel est le rôle de Paul Watzlawick ?*. Communication et Technologie, 1, 133-156, p. 12.
- Université de Montréal (2007). *Les études médicales postdoctorales*. Consulté le 3 septembre 2007 au : <http://www.1ercycle.med.umontreal.ca>.

- Université de Montréal (2007). *Les études de 2^e et 3^e cycle au département de psychiatrie*. Consulté le 14 juin 2007 au : <http://www.psychia.umontreal.ca>.
- Urness, D., Hailey, D., Delday, L., Callanan, T. et Orlik, H. (2004). *The status of telepsychiatry services in Canada : a national survey*. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10:3 : p. 160 – 164.
- Urness, D., Weisser, L., Campbell, R. and Hilty, D. (2005). *Telepsychiatry in Canada and the United States*. Dans : South London and Maudsley : The Royal Society of Medicine Press Limited, *Telepsychiatry and e-mental health*.
- Valette, A. (2005). *La télémédecine : une promesse de restructuration en suspens*. Dans éditions Les Presses de l'Université de Montréal, *L'hôpital en restructuration*.
- Velez Beltran, J.A., & Navarro Newball, A.A. (2005). *A Latin American Telemedicine Social Perspective from a Colombian Telemedicine Center Initiative*. *Telemedicine and e-Health*, volume 11, number 5, 616-619.
- Walker, R. (1985). *Applied Qualitative Research Aldershots Hants : Gower*. Notes de cours : COM6285 Méthodes d'études sur le terrain, Groleau, Carole, Université de Montréal.
- Watzlawick, P.J., Helmick, B.J., Jackson, D.D. (1972). *Une logique de la communication*, Paris, éditions Points.
- Watzlawick, P.J., (1980). *Le langage du changement. Éléments de communication thérapeutique*. » Paris : Seuil, Points.
- Werner, P. (2004). *Willingness to Use Telemedicine for Psychiatric Care*, *Telemedicine and e-Health*, volume 10, number 3, 286-293.
- Winkin, Y. (1981). *La Nouvelle Communication*. Paris : éditions du Seuil.
- Wootton, R., Yellowlees, P. et McLaren, P. (2003). *Telepsychiatry and e-Mental Health*. South London and Maudsley : The Royal Society of Medicine Press.

Annexe 1 - Recommandations de l'AMPQ

Recommandations de l'AMPQ (2005)

Au plan individuel

1. suivre les recommandations des associations professionnelles
2. s'assurer d'une connaissance suffisante de la pratique de la télépsychiatrie (certification ?)
3. identifier les responsabilités légales et professionnelles qui en découlent, et les mettre en application (ex : consentement signé)
4. s'assurer de respecter et de faire valoir le « libre choix et éclairé » du patient
5. défendre un plateau technique minimal acceptable pour la pratique et un environnement respectant la confidentialité
6. s'assurer d'une couverture d'assureurs professionnels.

Au plan associatif

1. proposer un document consultatif aux membres de l'AMPQ
2. favoriser la formation en télépsychiatrie sous différentes formes (cours, ateliers...)
3. favoriser un financement adéquat pour l'obtention de plateaux techniques respectant un seuil minimal acceptable pour la bonne pratique de la télépsychiatrie
4. s'assurer d'une juste rémunération des médecins psychiatres qui pratiquent la télépsychiatrie
5. développer des outils de recherche d'évaluation avec les partenaires et les membres (exemple : « Practitioner telehealth readiness assessment tool » de la Faculté de médecine, Université de Calgary.

Annexe 2 - Liste des spécialités médicales

Anatomo-pathologie	Microbiologie médicale et infectiologie
Anesthésiologie	Néphrologie
Biochimie médicale	Neurochirurgie
Cardiologie	Neurologie
Chirurgie cardiaque	Obstétrique-gynécologie
Chirurgie générale	Oncologie médicale
Chirurgie orthopédique	Ophthalmologie
Chirurgie plastique	Oto-rhino-laryngologie
Dermatologie	Pédiatrie
Endocrinologie	Physiatrie
Gastro-entérologie	Pneumologie
Gériatrie	Psychiatrie
Génétique médicale	Radiologie diagnostique
Hématologie	Radio-oncologie
Immunologie clinique et allergie	Rhumatologie
Médecine d'urgence	Santé communautaire
Médecine interne	Urologie
Médecine nucléaire	

Tableau 1 : Les 35 spécialités médicales officiellement reconnues au Québec (Collège des médecins du Québec – 2006).

Annexe 3 – Lettre et formulaire de consentement

Docteur (e),

Dans le cadre de mon mémoire de maîtrise intitulé : ***LA RELATION HUMAINE EN CONSULTATION DE TÉLÉPSYCHIATRIE***, je procède actuellement à des entrevues. Aussi, je sollicite votre participation en tant que psychiatre.

L'objectif de ce projet est de mettre en lumière les outils qu'utilisent les psychiatres dans leur pratique pour maintenir une relation médecin-patient comparable à la relation traditionnelle en face-à-face. En plus de l'expertise des psychiatres, cette recherche va se pencher sur la formation des psychiatres et celle des futurs psychiatres.

La réalisation de cette recherche implique l'enregistrement audio d'entrevues individuelles (d'une durée d'environ 60 minutes). L'enregistrement sera sujet à l'autorisation écrite des participants. Le contenu des entrevues sera ensuite transcrit pour fins d'analyse. Les questions porteront sur votre pratique en psychiatrie et en télépsychiatrie, sur les patients, sur votre approche, votre expertise ainsi que sur votre formation, entre autres relativement aux nouvelles technologies.

Toutes les informations ou les noms dont il aura été fait mention lors des entrevues, ne serviront qu'aux fins de cette recherche. Ces informations ne seront transmises à aucun organisme ou individu. Elles demeureront à l'usage de ma recherche pour une période de cinq ans.

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes particulièrement invité à poser des questions avant de signer le formulaire de consentement lors de notre rencontre. Durant le déroulement de l'entrevue, vous pouvez poser des questions, ne pas répondre à une question et vous êtes libre de terminer l'interview ou de quitter la recherche.

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure connaissance et au développement de la télépsychiatrie et permettre d'apporter des connaissances nouvelles sur cette spécialité.

J'aimerais donc convenir d'une rencontre avec vous et je vous remercie sincèrement de votre précieuse collaboration dans le cadre de ce projet de recherche.

Jeanne D'Arc Blais
Étudiante en sciences de la communication

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

Signature _____

Date _____

Nom _____

Prénom _____

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur _____

Date _____

Nom _____

Prénom: _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec J. D. Blais, au numéro de téléphone suivant :

[information retirée /
information withdrawn]

[information
retirée / information
withdrawn]

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'Ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone 514-343-2100 ou à l'adresse courriel suivante : ombudsman@umontreal.ca.

Annexe 4 - Grille d'entrevue

Grille d'entrevue

1. Pouvez-vous me parler de la télépsychiatrie telle qu'elle est au Québec présentement ?
2. Pouvez-vous me parler des projets de télépsychiatrie sur lesquels vous avez travaillé et/ou travaillez actuellement ?
3. Pouvez-vous me dire concrètement comment et où se passe une téléconsultation?
4. Comment sont référés les patients ?
5. Quels patients peuvent être vus en télépsychiatrie?
6. Quels patients ne peuvent bénéficier de la consultation à distance ?
7. Comment décririez-vous la relation médecin-patient ?
8. Quelle comparaison pouvez-vous faire entre la consultation face à face et la consultation à distance ?
8. Parlez-moi des éléments en place dans une relation médecin-patient ?
9. Pour revenir à la télépsychiatrie, vous dites qu'il s'agit de consultation à court terme ? Pouvez-vous m'expliquer.
10. Comment réagissent les patients à une téléconsultation ?
11. Au point de vue de l'éthique, vous me dites que d'autres personnes peuvent assister à cette consultation ?
12. Si un technicien devait à être dans le bureau du médecin, ne pourrait-il reconnaître une voix, voir un visage ?
13. Au point de vue des technologies, quelle est la formation des psychiatres ?
14. Les futurs psychiatres sont-ils formés pour faire de la télépsychiatrie ?
15. Les psychiatres et la technologie, dites-moi comment est acceptée cette consultation à travers les NTIC ? Est-ce que beaucoup de psychiatres tendent vers cela ?
16. Quel est l'avenir de la télépsychiatrie selon vous ?
17. Que préconisez-vous au sujet de la télépsychiatrie ?

18. Est-ce que vous pouvez me dire si les patients vous parlent d'Internet, ce qu'ils ont lu ou s'ils vous apportent des articles ? Comment réagissez-vous ?
19. Est-ce qu'il y a un suivi de votre part avec les patients vus en télépsychiatrie ?
20. En termes de satisfaction du côté des psychiatres, puis du côté des patients, que pouvez-vous me dire ?

Structurer l'entrevue

- En rendant explicite son organisation
- En prêtant attention à son déroulement

Débuter l'entrevue

- Préparer la rencontre
- Établir le premier contact
- Identifier la(les) raison(s) de consultation

Recueillir l'information

- Explorer les problèmes du patient pour découvrir
 - La perspective biomédicale la perspective du patient
 - Les informations de base - le contexte

Construire la relation

- en utilisant un comportement non verbal approprié
- en développant une relation chaleureuse et harmonieuse
- en associant le patient à la démarche clinique

Faire l'examen physique

Expliquer et planifier

- Fournir la quantité et le type adéquats d'information
- Aider le patient à retenir et comprendre les informations
- Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient
- Planifier : une prise de décision partagée

Terminer l'entrevue

- Préparer la fin de l'entrevue
- Planifier les prochaines étapes