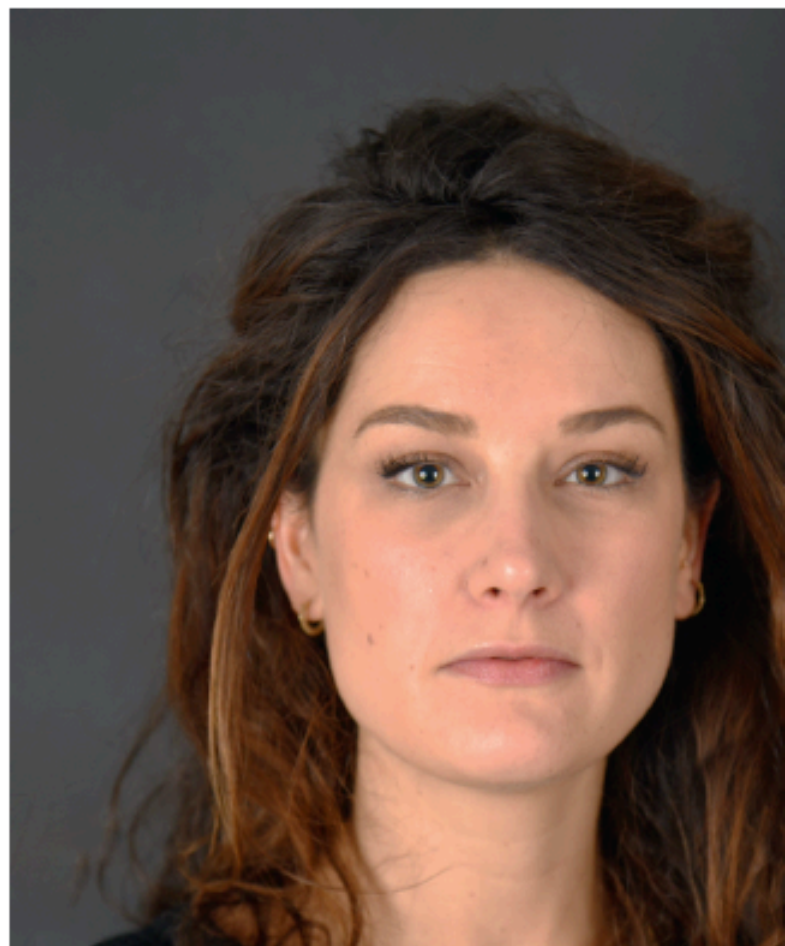


Comment les NTIC contribuent-elles à redessiner les contours de la prise en charge en santé mentale dans les établissements de santé ?

Entretien avec Marine Baconnet, Chef de projet innovation-santé, membre du collectif Ethik IA. En mission de recherche pour la chaire de philosophie à l'hôpital¹, elle vient de publier sous la direction de Cynthia Fleury, *NTIC et santé mentale, Etat de l'art*. Sa vision ? Un écosystème de santé pluridisciplinaire et enrichi par la donnée, des soins plus accessibles grâce aux outils connectés et des patients plus capacitaires.

Les NTIC semblent avoir trouvé leur place dans le champ de la santé mentale, alors que celle-ci repose en partie sur l'échange verbal entre soignant et patient...

Marine Baconnet : Depuis les années 1960, les technologies numériques dessinent de nouveaux schémas d'interaction. Dans le domaine de la santé mentale, les usagers avertis du Net recherchent des informations et communiquent de manière exponentielle en ligne. Au sein des espaces de soins institutionnels, mais aussi en dehors. Cela façonne des modes d'expression et de coopération auparavant inexistantes. Ils se déploient entre les patients pour communiquer sur leur trouble par le biais des réseaux sociaux ; ils enrichissent le dialogue soignant-patient avec les applications de psycho-éducation. Entre deux consultations, les soignants peuvent assurer le suivi de troubles psychotiques liés à une substance, bipolaires et connexes, et anxieux ou être



alertés en cas d'urgence. Dans le domaine de la recherche, de nouveaux programmes de codage comportemental permettent de détecter des facteurs de risques d'addiction jusqu'alors inconnus ou de prédire un risque de récurrence de dépression.

En quoi les NTIC peuvent-elles contribuer à renforcer le lien interpersonnel entre patients et soignants ?

M.B. : Aux États-Unis², une méta-analyse sur 226 articles de recherche a montré qu'un système de messagerie instantanée intégré à une plateforme de consultation de dossier médical améliore la communication et le lien entre le soignant et le patient victime de désordre psychotique et d'abus de substances. Le patient est plus autonome, et les taux de récupération meilleurs. La relation en ligne peut pallier les faiblesses de la relation en vis-à-vis, notamment le différentiel de pouvoir.

¹ La Chaire de philosophie à l'hôpital, inaugurée en 2016 à l'Hôtel Dieu, à Paris, vise à porter au cœur de l'hôpital les sciences humaines par la formation initiale et continue des soignants. Dirigée par Cynthia Fleury, philosophe et psychanalyste, elle s'adresse plus largement à toutes celles et ceux qui s'intéressent aux soins. Elle a depuis pris pied au sein du GHU Paris psychiatrie et neurosciences.

² Parish MB1,2, Fazio S3, Chan S4,5,6, Yellowlees PM4 / Managing Psychiatrist-Patient Relationships in the Digital Age: a Summary Review of the Impact of Technology-enabled Care on Clinical Processes and Rapport / 2017

En Allemagne³, une étude financée par la Fondation allemande pour la recherche révèle une alliance de travail solide et stable des patients victimes de troubles obsessionnels compulsifs (TOC) suivis à distance par e-thérapie textuelle. Plus le patient est jeune et habitué aux outils connectés, plus le dialogue est personnalisé et plus le résultat est convaincant. Un plus grand nombre de patients peut également accéder à la thérapie.

Vous analysez les NTIC qui visent à rendre les patients psychiatriques plus capacitaires. Quelles capacités ces technologies révèlent-elles chez les patients ?

M.B. : Lorsque j'ai analysé les différents canaux de communication dans le domaine de la santé mentale, je me suis rendu compte qu'émergeait un nouveau langage propre aux patients. Usagers des outils connectés, ils communiquent sur leurs symptômes avec leurs mots, ils s'autoévaluent et peuvent suivre leur traitement. L'innovation archétypale en matière d'empowerment des patients est la plateforme PatientsLikeMe. Les patients y développent des stratégies d'autogestion quotidiennes et les partagent avec ceux qui ont le même vécu de la maladie, les mêmes symptômes ou le même traitement. Cela favorise l'implication et la prise en main de soi avec un effet bénéfique équivalent à celui d'une intervention médicale sur l'état psychiatrique du patient.

Ce type d'information venant du patient est une richesse à valoriser dans la mesure où elle élargit le socle de la pyramide des savoirs médicaux. On peut développer des *chatbots* qui incitent à un réengagement graduel, dans des activités bénéfiques pour contrôler sa maladie, dont l'efficacité clinique sur la dépression est prouvée.

Qu'apportent les NTIC aux soignants sur le plan de la décision thérapeutique, de la délibération et de l'organisation des soins qui, en psychiatrie, font appel à l'interdisciplinarité ?

M.B. : La collaboration interdisciplinaire enrichit la décision médicale en psychiatrie en permettant de décrire de plus en plus finement les pathologies, dans toute leur diversité. Ellie, la thérapeute virtuelle développée par la *Darpa* aux États-Unis, est l'une des innovations les plus abouties en la matière. Son intelligence artificielle crée un climat de confiance pour inviter le patient à se livrer. C'est un modèle qui croise des données médicales, verbales, non verbales, contextuelles, culturelles... Cet outil d'aide au diagnostic clinique propose de compléter les questionnaires d'auto-évaluation existants et de détecter les changements produits sur une longue période grâce à la comparaison de plus de 66 indicateurs au fil des semaines et des mois : cela assure la reproductibilité de la mesure. Ce programme appelé *SimSensei Kiosk* a des applications pour la dépression. Il peut également entraîner les autistes à communiquer.

L'intelligence artificielle est devenue incontournable au sein des structures de soins. Comment réguler son utilisation dans un cadre éthique sans brider son développement ?

M.B. : Ce qui ne serait pas éthique, ce serait en effet de freiner le développement technologique, selon le Comité consultatif national d'éthique. Compte tenu des avancées possibles en médecine, tout l'enjeu est là. Il faut donc envisager une régulation positive et non

punitive, instituée à l'échelle européenne. Le collectif Ethik IA propose une piste intéressante avec la « garantie humaine » de l'intelligence artificielle, en cours d'intégration à l'article 11 de la nouvelle loi sur la bioéthique. Il s'agit d'informer l'utilisateur en amont de l'utilisation d'un dispositif qui traite des données massivement, à l'occasion d'un acte de soin, de prévention ou de la pose d'un diagnostic, c'est-à-dire de fournir au patient la bonne information, au bon moment et avec une pédagogie adaptée.

D'un point de vue opérationnel, le collège de garantie humaine développé par ce même collectif met en place dans des hôpitaux pilotes des contrôles aléatoires sur dossier pour vérifier périodiquement l'adéquation entre la proposition algorithmique et le diagnostic médical, et demander si nécessaire au producteur de l'IA de faire des ajustements. C'est un contrôle qualité des options de prise en charge, basé sur les standards existants du RGPD, de la loi bioéthique et de la HAS. En complément, la télé-expertise offre un deuxième regard possible, en cas de doute d'un professionnel de santé sur une solution émise par un algorithme.

Selon vous, les NTIC peuvent contribuer à déplacer le centre gravitationnel des soins vers le foyer. Des expériences sont-elles menées en France dans ce sens ?

M.B. : Oui, les NTIC que j'appelle « d'intégration collaborative » permettent de développer de nouvelles formes de soins au plus proche du lieu de vie des patients.

Dans le cas des personnes victimes de TOC par exemple, des techniques de visualisation (spatiale en 3D, chronologique, de la qualité de vie, de la nature du fonctionnement de l'obsession compulsive) permettent de travailler directement sur l'habitat et le quotidien des patients. On recherche⁴ non pas un handicap d'un point de vue biologique, mais une situation handicapante sous l'angle pluriel de la psychologie, de la sociologie, de l'ergothérapie et de l'épistémologie. Grâce à ce type d'étude pluridisciplinaire, un rituel particulièrement anxiogène peut être fortement diminué sur le long terme en travaillant *in situ* sur les stimuli qui favorisent la compulsion. Les patients retrouvent un sentiment de contrôle tout en restant dans l'environnement qui est le leur. Ces méthodes de contributions organisationnelles sont expérimentées dans les hôpitaux également : le secteur 59G21, dans la métropole de Lille, repose sur une organisation ambulatoire qui maintient autant que possible le patient dans son cercle proche (famille, amis, professionnels de santé primaires ou médecins traitants). Pour ce faire, les centres de consultation et les unités d'hospitalisation incluent les acteurs du champ social et s'appuient sur leurs réseaux : centres communaux d'action sociale ou maisons médicales de secteur. Beaucoup de consultations sont réalisées à domicile. Cet agencement des soins est un exemple de bonne pratique en santé mentale mise en avant par l'OMS. Il est aussi rendu possible par une équipe pluriprofessionnelle qui peut intervenir à domicile et rendre visite aux patients jusqu'à deux à trois fois quotidiennement. Le moment de l'hospitalisation peut ainsi être différé et il devient donc possible d'envisager une pratique de soin axée sur le rétablissement. Car, enfin, l'objectif des psychiatres est moins de proposer un diagnostic et un traitement que d'aider la personne à s'autodéterminer.

■ **Propos recueillis par Pierre Derrouch**

³ Nirmal Herbst, Guido Franzena, /Working Alliance in Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder/ 2016

⁴ menées au Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société (CERMES)