



HAL
open science

Étude de satisfaction de la télépsychiatrie durant la pandémie liée au Covid-19 : une expérience niçoise

Géraldine Pendaries

► **To cite this version:**

Géraldine Pendaries. Étude de satisfaction de la télépsychiatrie durant la pandémie liée au Covid-19 : une expérience niçoise. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03110496

HAL Id: dumas-03110496

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03110496>

Submitted on 14 Jan 2021

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

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

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

ETUDE DE SATISFACTION DE LA TELEPSYCHIATRIE
DURANT LA PANDEMIE LIEE AU COVID-19 : UNE
EXPERIENCE NIÇOISE

Présentée et soutenue publiquement le 27 octobre 2020 à Nice

Par

PENDARIES Géraldine

Née le 12 juin 1989 à Lavour (81)

En vue de l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité : PSYCHIATRIE

Jury :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseur : Monsieur le Professeur Guy DARCOURT

Assesseur : Monsieur le Professeur Philippe ROBERT

Assesseur : Madame le Docteur Sandrine THAUBY

Assesseur : Madame le Docteur Virginie BUISSE

Directrice de Thèse : Madame le Docteur Laure STEFANINI

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr. DELLAMONICA jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS

Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

**M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel**

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérauld	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSÉ Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Liste des enseignants au 1er septembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel BENOIT, qui m'a fait l'honneur de présider mon jury. J'ai un profond respect pour vous et je vous suis très reconnaissante de la confiance que vous m'avez accordée pour mener ce projet de thèse. Je vous remercie également de votre gentillesse et votre disponibilité lorsque j'avais besoin de conseils tout au long de mon parcours d'interne de psychiatrie. Vous avez su me donner l'envie d'exercer cette belle spécialité qu'est la psychiatrie. Pour tout cela je souhaite vous exprimer à nouveau ma gratitude et ma profonde admiration.

A Monsieur le Professeur Philippe ROBERT,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury. Je vous remercie d'avoir accepté de porter votre regard sur mon travail et d'y avoir apporté l'aide nécessaire à son aboutissement.

A Monsieur le Professeur Guy DAR COURT,
J'éprouve énormément de respect pour vous et c'est un honneur de vous compter parmi mon jury de thèse. Je vous remercie de prendre part à ce jury et de la considération que vous avez pu porter à ce travail.

A Madame le Docteur Sandrine THAUBY,
Vous m'avez fait l'honneur d'être membre de mon jury. Je suis très reconnaissante de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Et je ne vous remercierai jamais assez de toute l'aide que vous et vos collègues de psychiatrie libérale ont pu m'apporter afin de mener à bien ce beau projet. Merci également pour votre gentillesse et votre grande bienveillance envers moi.

A Madame le Docteur Virginie BUISSE,
C'est un honneur pour moi de vous compter parmi les membres de ce jury. Merci pour votre soutien et votre disponibilité afin que je puisse mener à bien ce travail de thèse. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous sur ce projet.

A Madame le Docteur Laure STEFANINI,
Je t'exprime à nouveau (mais cette fois ci à l'écrit) ma profonde reconnaissance d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. J'admire ton professionnalisme et tes qualités pédagogiques autant que tes qualités humaines comme ta gentillesse, ta douceur et ta bienveillance. Tu as toujours su me rassurer et m'encourager face à mes doutes par moments. Je n'oublierai jamais ces rendez-vous de thèse, toujours dans la joie et la bonne humeur (sauf quand il y avait la chenille!). Je n'aurais pas rêvé mieux que toi comme directrice de thèse et je suis fière d'avoir pu collaborer avec toi sur ce projet.

Je tenais également à remercier chaleureusement le Docteur Jérôme BOCQUET qui m'a apporté un grand soutien et une aide dans ce travail de thèse. Merci pour ton accueil chaleureux et tes précieux conseils, j'ai pris un grand plaisir à venir à ta rencontre pour échanger avec toi sur ta pratique de la psychiatrie. C'est un des nombreux avantages d'un travail de thèse, celui de faire des rencontres très enrichissantes ;

-A l'ICP de Nice et à Madame Roxane FABRE, qui au-delà d'être une brillante biostatisticienne, est une personne adorable, sur qui j'ai pu toujours compter et sans qui ce travail n'aurait pu aboutir ;

-Au CHU PASTEUR et aux docteurs Ettore et Plaquet toujours présents pour nous faire délirer entre deux rendez-vous, mention spéciale au « style plaquet », inégalable en trottinette électrique. Merci également au docteurs Bruno Giordana et Benoit Canac (merci pour les articles!), merci à Sandra la best infirmière de liaison, Sandrine M, JL iron man et au reste de l'équipe du CHU Pasteur pour ces bons moments en votre compagnie ;

-A l'équipe du CMP LE REMBRANDT

Merci au docteur Nebout de m'avoir épaulée et transmis son savoir et ses conseils. Tu es une véritable référence et un modèle dans de nombreux points.

Merci également au soutien des docteurs Benharrats, Le Page, Renaud, Pacureanu, Lupascu, Poleszczyk, Mullinghausen.

Merci au docteur Belmas de m'avoir accordée sa confiance tout au long de cette dernière année de stage de psychiatrie au sein de son unité.

Et bien sûr, merci à cette merveilleuse team d'infirmiers et assistantes sociales :

-Les bo buneuses du vendredi : Hilda on a pas fini de leur apprendre le langage des « djeuns » et oui je reprendrai Netflix (emily in paris tmtc !) et Hanane : moi aussi je pense souvent à toi tu sais ahah.

-Les fashionistas : Nassera, Audrey et Sandrine G. Reines du shopping et des bons plans, Drinette tu as égayé notre quotidien durant le confinement de par ta bonne humeur et ton peps. Je suis très heureuse de te connaître et surtout ne change rien! Sans oublier Virginie la business woman, qui avait comme le disait si bien notre chère Dominique, anticipé avant tout le monde une explosion des ventes de savons (celui à la vanille, un pur délice) Je te souhaite de cartonner dans ce domaine (et ailleurs), c'est mérité.

-A Dominique qui est pour moi une rencontre précieuse. Merci pour tout ton soutien et j'ai hate de te revoir devant un café ou autre ;

-A marie cha qui nous a confectionné de superbes masques que je ne quitte plus !

- A Carole et Coco, le duo de choc ; Carole je pense qu'il faut nous inscrire à la saison prochaine de tous en cuisine avec Cyril, et à coup sur tu le détronerais ;

-A Anne Françoise et Bertrand, un autre duo de choc incontournable, continuez comme ça on rigole bien avec vous ; A Sandrine A, Anne Marie , Joelle ;

-A ma chère Yvonne, je te remercierai toujours d'avoir su être présente pour moi quand j'en avais le plus besoin, tu es une personne admirable.

-A Sophie G, Laurie et Philippe : j'ai été honoré de travailler à vos cotés et m'en suis sentie grandie ;

-A Fabienne, Evelyne et Clémence que je remercie de leur gentillesse ;

-Sans oublier les deux François (inf et docteur Leccia) que j'ai eu la chance de cotoyer avant leur départ et qui sont de très belles rencontres aussi bien sur le plan professionnel qu'humain.

-Au CMP le BELLAGIO et aux docteurs Nadalet, Dupire, Negro, et Orth. Merci pour la considération que vous avez pu avoir pour ce projet.

Merci également à madame Barbara Moreno et à son équipe : Melinda, Marie Do, Eric et à l'ensemble de l'équipe IDE et psychologues du Bellagio. Ainsi qu'à Eliane et Véronique. C'était toujours un plaisir de venir vous voir et je suis contente que nous ayons pu collaborer.

-Au CMP Notre Dame, et au docteur Paunescu d'avoir gentiment accepté d'apporter son regard à ce beau projet de thèse. Merci à l'accueil chaleureux du CMP ST MICHEL Menton.

-Au CMP La Lanterne et au Docteur Kohl et son équipe qui m'a chaleureusement accueilli pendant mon travail ;

-Au CAP PASTEUR et son équipe : Camille, Robin K, Adrien, Chaima, Catherine
Mais aussi à Imen, elo, pascal, nico, dge dge, willou, laure et tous les autres avec qui j'ai passé des moments mémorables aux urgences ;

-A tous les patients, j'ai beaucoup appris auprès de chacun de vous, que ce soit sur ma pratique future ou sur moi-même, et vous suis reconnaissante pour tout cela ;

-Aux Toulousains Loin des yeux mais pas loin du cœur pour autant :

A Claire et Vincent les heureux parents de ce petit bout de Carla, à Steffi, Guillaume, Damien, Marie L (contente d'avoir repris de tes nouvelles), Maxime ; A la plus brillante, Stella ;

A PM, Anne, Hélène et Romain, Lucie, Marion, Pauline: heureusement que ça tombait pas en 2020 le «on s'était dit rdv dans 10 ans, à Barcelone »

A mon cher ami Gautié, qui n'est plus toulousain mais qui le reste dans l'âme ;

-Aux Niçois et celles avec qui j'ai commencé et qui ne m'ont pas lâché depuis l'inté :

Laurencie et Cha ; Laurencie j'ai hâte de continuer à partager des bons plans fashion et d'autres très bons moments avec toi ;

A Julie M. une formidable rencontre dès mon arrivée, avec qui j'ai pu partager plein de ciné et plein d'autres très bons moments. Une amie précieuse.

Al qui, après des prises de becs initiales, est devenue ma poule, mon amie et j'ai hâte qu'on se refasse un resto gastro (avant que ça ferme) ; Sans oublier Coralie et Gauthier (PS5 ;))

A mon ami Reda : tu es entré dans ma vie comme une tornade, que dis-je une bourrasque, on rigole bien avec toi ;

A Deborah une récente et enrichissante rencontre avec qui on se marre toujours bien ; une amitié commence ;

A Clémence, Jonathan, Amin qui sont également de très belles rencontres qui me sont chères ;

A mes geeks préférés : Axel, Mika, Thomas, Seb, Emily, Nath J'espère qu'on partagera encore plus de conventions et de séjours à Disney à l'avenir ;

A mes co-internes (anciens ou actuels) : Lucile, Audrey, Céline L, Izza, Sacha, Robin J, Florian, Julia, Gabor, Lou, Elsa, Aïsa, Madeleine, Florent, Léa, Ludwig et ceux que j'aurais adoré connaître en tant que co-internes : Bib'Justin et Jean Didier ;

A Sinda et Aurelie avec qui j'ai pu partager de très belles escapades dans la région PACA et qui me resteront gravées. A Vanina, Johanna, Valou, Gérard de la team Lenal.

Egalement à Arthur Morgan qui, malgré son caractère fictif, fut un excellent compagnon de route qui m'a permis de rêver et de voyager alors que ma situation ne le permettait pas.

A mes parents, je ne sais pas si j'arriverai un jour à vous montrer à quel point je suis reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi, pour tous vos sacrifices. Merci de votre soutien inconditionnel et de m'avoir accompagnée tout au long de cette longue aventure que sont les études de médecine.

Je vous aime profondément.

A mes regrettés grands-parents, qui je l'espère sont fiers de moi et veillent sur notre famille.

A mes adorables petites cousines Chloé, Naomie que j'espère avoir le plaisir de voir grandir et passer avec elles davantage de bons moments. A Stéphanie et Pierre-Gilles, leurs supers parents que j'adore et que j'ai hâte de revoir.

A tout le monde, encore un grand merci à vous, j'aimerais vous témoigner mon affection en vous prenant dans mes bras, mais gestes barrières obligent je ne le peux pas (pour l'instant). En espérant alors que ces modestes remerciements trouveront un accueil des plus chaleureux.

GLOSSAIRE

AETMIS Agence Canadienne d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé

ALD Affection Longue Durée

APA American Association of Psychiatry

ARH Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS Agence Régionale de Santé

CH Centre Hospitalier

CHU Centre Hospitalo Universitaire

CMP Centre Médico Psychologique

COVID-19 Coronavirus Infection Disease 2019

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRA Centre Ressource Autisme

CSAPA Centres de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

DGS Direction Générale de la Santé

ECT Electroconvulsivothérapie

EHPAD Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPSM Etablissement Public de Santé Mentale

HAD Hospitalisation à domicile

InVS Institut de Veille Sanitaire

MERS Syndrome respiratoire du Moyen-Orient

NIMHANS Institut National de la Santé Mentale et des Neurosciences

NFS Numération formule sanguine

OMS Organisation Mondiale de la Santé

ORL Oto-Rhino-Laryngologie

SAMU Service Aide Médicale Urgente

SMPR Service Médico-Psychologique Régional

SI Soins Intensifs

SMS Short Message Service

SRAS (ou SARS) Syndrome Respiratoire aigu Sévère

TSPT Trouble de Stress Post Traumatique

VAD Visites à domicile

VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NICE (SEPTEMBRE 2020)	2
REMERCIEMENTS.....	10
GLOSSAIRE.....	13
INTRODUCTION.....	17
GENERALITES SUR LA COVID-19.....	19
I. D'épidémie à pandémie Covid-19 : définitions.....	19
II. Les coronavirus.....	20
IMPACT PSYCHOLOGIQUE DU CONFINEMENT COVID-19.....	21
I. Généralités.....	21
II. Les caractéristiques sociodémographiques.....	21
III. La durée du confinement.....	23
IV. Anxiété de contamination.....	24
V. Contagion anxieuse médiatique.....	24
VI. L'isolement.....	24
VII. Les conduites addictives.....	25
VIII. Les troubles des conduites instinctuelles : alimentation et sommeil.....	25
IX. Violences, dépression et risque suicidaire en situation de confinement.....	26
X. Symptômes psychotiques.....	28

ADAPTATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE FACE A L'EPREUVE DU COVID-19.....	29
I. Adaptation des établissements hospitaliers à l'épreuve du COVID-19.....	29
II. Réorganisation des soins ambulatoires en période Covid-19.....	32
GENERALITES SUR LA TELEMEDECINE.....	34
I. Définitions.....	34
a. La e-santé.....	34
b. La télémédecine.....	34
c. Les missions de la télémédecine.....	35
d. La télépsychiatrie.....	36
II. Origines de la télémédecine et de la télépsychiatrie.....	37
a. Dans le monde.....	37
b. La télémédecine en Europe et en France.....	38
III. Cadre légal de la télémédecine.....	40
L'ETUDE.....	42
I. Objectifs de l'étude.....	42
• Objectif Primaire (ou principal).....	42
• Objectifs Secondaires.....	42
II. Matériel et Méthode.....	43
III. Résultats.....	47
• Résultats du groupe patients sur le critère principal (satisfaction) et secondaire (efficacité).....	51
• Résultats du groupe médecins sur le critère principal (satisfaction) et secondaire (efficacité).....	52
• Comparaison des résultats patients et médecins.....	54
• Résultats concernant le critère secondaire d'acceptabilité de la téléconsultation...57	
• Comparaison vidéotransmission et téléphone.....	61

• Analyses univariées	64
1. Sexe.....	64
2. Age.....	64
3. Mode de vie.....	65
4. Habitation.....	65
5. Travail.....	65
6. Moyen de locomotion.....	66
7. Antécédents de téléconsultation.....	66
8. Type de suivi (Libéral ou Institutionnel).....	66
9. Type de téléconsultation (vidéotransmission ou téléphone).....	67
 DISCUSSION.....	 68
CONCLUSION.....	76
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	78
ANNEXES.....	91
RESUME.....	106

INTRODUCTION

Le 14 mars 2020 la France est entrée dans la situation épidémique de stade 3 vis-à-vis de la maladie COVID-19.

Les mesures barrières telles que : la distanciation sociale, le port du masque, la désinfection des mains et des surfaces se sont trouvées très rapidement dépassées.

Ainsi, le président de la République Emmanuel Macron en accord avec les membres de son gouvernement et les Agences Régionales de Santé (ARS), prit des mesures fermes afin de protéger au mieux la population française face à cette « guerre sanitaire contre le coronavirus responsable de la Covid-19 ».

Le quotidien de toute la population française s'est vu transformé et une adaptation à ce nouveau mode de vie a dû se mettre en place devant la fermeture des crèches, écoles, collèges, lycées, et universités. Mais aussi suite à la fermeture des restaurants et commerces non essentiels à la vie de la Nation.

Mais à coup sûr la décision la plus marquante restera celle de la mise en confinement de l'ensemble des français à compter du 17 mars 2020 (1).

L'ensemble de la population française s'est vue imposer une restriction de tout déplacement non nécessaire et indispensable, avec mise en place de dérogation de déplacement pour le travail ou le ravitaillement.

L'effet du confinement en lui-même et le contexte anxiogène de la situation face à l'incertitude évolutive de la maladie peuvent être une source de fragilisation de l'état psychique d'une personne, à fortiori si elle souffre d'un trouble psychiatrique préexistant.

Soulignons ainsi la grande vulnérabilité des personnes souffrant de troubles psychiatriques, d'une part parce qu'elles ont souvent des comorbidités somatiques (pathologies cardiovasculaires, pulmonaires, diabète, obésité etc) accroissant le risque de développer des formes graves de la maladie. D'autre part, parce qu'elles peuvent avoir des difficultés à respecter les consignes de confinement ainsi que les gestes barrières en raison de troubles du comportement ou de troubles cognitifs comorbides (2). Ce sont également des personnes souvent en situation d'isolement social, qui présentent des risques de rupture de soins et donc

d'aggravation de leur pathologie, à fortiori dans une période de limitation des déplacements et donc de leur accès aux soins.

Egalement en population générale chez les personnes confinées on a pu voir apparaître divers symptômes (3) dont les principaux retrouvés sont : une recrudescence anxieuse, de l'ennui, du stress aigu et même la possibilité de Trouble de Stress Post traumatique (TSPT). Mais également de la colère, de l'irritabilité, un syndrome dépressif, et la mise en place ou l'augmentation des conduites addictives.

Dans une lettre du 27 mars 2020 la Direction Générale de la Santé (DGS) a saisi la Haute Autorité de Santé (HAS) en vue d'élaborer des préconisations générales (4) destinées à assurer la continuité de la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques en période de confinement impliquant une limitation des déplacements.

Soulignons que le système de santé mentale est plus vulnérable que les autres systèmes de santé. En effet les plans gouvernementaux actuels sont mal adaptés aux établissements psychiatriques qui souffrent d'une pénurie de ressources organisationnelles, matérielles et humaines.

Dans ce contexte d'appauvrissement des établissements psychiatriques en France par la diminution incessante du nombre de lits et le manque de personnel hospitalier, soulignons que la très grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiatriques est prise en charge en ambulatoire. Donc une adaptation de l'organisation, visant à assurer la continuité des soins psychiatriques dans ce contexte de crise sanitaire fut un enjeu majeur. Elle venait en complément des plans blancs, principalement centrés sur l'activité hospitalière de soins somatiques.

C'est ainsi que, dans un rapport d'avril 2020 émanant de l'HAS (4), le recours aux prises en charge à distance fut encouragé et il pouvait s'opérer de la façon suivante : soit en téléconsultation c'est-à-dire par vidéotransmission, ou à défaut par téléphone. Tout cela bien entendu en maintenant la possibilité de consultations en structures de prise en charge ambulatoire ou en cabinet libéral, mais également de visites à domicile (VAD) et d'activités individuelles.

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le degré de satisfaction des patients et des psychiatres à la suite d'une téléconsultation en psychiatrie pendant le confinement, en période de pandémie Covid-19.

Les objectifs secondaires de l'étude s'intéressaient aux questions d'acceptabilité (satisfaisante ou non) et d'efficacité de la téléconsultation (équivalente ou non au face à face) pour les patients et psychiatres durant la crise sanitaire.

Existait-il une différence pour ces critères (de satisfaction, d'acceptabilité et d'efficacité) selon les caractéristiques sociodémographiques des patients ? selon le type de téléconsultation (vidéo ou téléphone) ? Selon le type de suivi ambulatoire (Centre Médico Psychologique CMP ou Cabinet libéral) ? Mais également, existait-il une cohérence de réponses entre patients et médecins.

GENERALITES SUR LA COVID-19

I. D'épidémie à pandémie Covid-19 : définitions

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on parle de pandémie en cas de propagation mondiale d'une nouvelle maladie (5).

Un nouveau virus apparaît et se propage dans le monde entier, en l'absence d'immunité dans la grande majorité de la population.

On peut retracer le parcours d'une épidémie devenue pandémie selon trois stades (6) :

-Le stade 1 (ou phase de Détection) où tous les moyens sanitaires sont mis en œuvre pour freiner l'introduction du virus sur le territoire. Ce stade est sans objet si le foyer épidémique est sur le territoire national ;

-Le stade 2 où l'on cherche à freiner la propagation d'un virus entré sur le territoire national au moyen de mesures barrières et de montée en puissance du système sanitaire ;

-Le stade 3 ou phase d'atténuation des effets de la vague épidémique face à l'augmentation rapide du nombre de cas d'une maladie. La mission principale de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) n'est alors plus centrée sur la surveillance individuelle mais sur la limitation de la contagion par des mesures barrières, une réduction de la charge sur le système de santé, le renforcement de la capacité de réponse sanitaire.

Parmi ces mesures on retrouve la mise en quarantaine ou confinement d'un groupe de personnes qui signifie leur séparation et la restriction de leur déplacement car elles ont potentiellement été exposées à une maladie contagieuse et risquent d'infecter le reste de la population (7).

Selon la définition de l'OMS, la COVID-19 est « la maladie infectieuse causée par le dernier coronavirus qui a été découvert. Ce nouveau virus et cette maladie étaient inconnus avant l'apparition de la flambée à Wuhan (Chine) en décembre 2019» (8).

II. Les coronavirus

Les coronavirus sont des virus qui peuvent être pathogènes chez l'animal ou chez l'homme. On sait que, chez l'être humain, plusieurs coronavirus peuvent entraîner des infections respiratoires dont les manifestations vont du simple rhume à des maladies plus graves comme le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS ou SARS).

Le dernier coronavirus qui a été découvert est le SARS-CoV-2, responsable de la maladie à coronavirus 2019 (8). L'acronyme COVID-19 provient de l'anglais Coronavirus Infection Disease 2019 (date de son identification).

Il s'agit d'une infection multi-organes dont les principaux symptômes sont : la fièvre, la toux sèche, des difficultés respiratoires, une fatigue et une pneumopathie plus ou moins sévère qui fonde le pronostic (9). On peut retrouver des signes gastro-intestinaux en particulier aux âges extrêmes de la vie (10).

La COVID-19 est maintenant pandémique, l'OMS utilise le terme de « flambée pandémique » pour décrire cette propagation ultra rapide qui touche de nombreux pays dans le monde.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, le stade 3 de l'épidémie a été atteint mi-mars 2020. Il fut marqué par l'annonce d'un confinement national de la population française afin d'atténuer les effets de la vague épidémique face à l'augmentation rapide du nombre de cas de Covid-19.

Le rapport bénéfice-risque ayant été en faveur du confinement de la population, il ne faut pas pour autant minimiser ses conséquences sur le plan économique, environnemental et celles qui nous intéressent plus particulièrement, les conséquences sur la santé mentale.

IMPACT PSYCHOLOGIQUE DU CONFINEMENT COVID-19

I. Généralités

La pandémie à SARS-Cov2 a débuté en Chine et de nombreux chercheurs se sont intéressés à l'impact que les mesures sanitaires de mise en quarantaine ou confinement pourraient exercer. Les premières études chinoises suggèrent que le confinement exercerait une pression négative sur la santé mentale. Ainsi, des symptômes anxieux modérés à sévères ont pu être observés chez environ 30% d'un échantillon d'un millier de personnes (11).

De manière globale, les études quantitatives sur les situations précédentes de mise en quarantaine de masse (épidémie à SRAS, virus Ebola, grippe H1N1 etc) suggèrent une prévalence augmentée de symptômes psychologiques durant cette période (3).

L'originalité de l'épidémie à SARS Cov2 tient à son caractère pandémique et donc multacentrique avec la mise en place d'un confinement à l'échelle mondiale de façon quasi simultanée dans les différents continents.

Et donc de ce fait un retentissement sur le plan psychologique à plus grande échelle, avec un nombre de futur patients potentiels plus importants, ce qui nécessitera comme nous l'aborderons par la suite, une adaptation du système de soins.

C'est en se basant sur les études antérieures que les auteurs ont pu supposer certains facteurs prédictifs à la survenue d'une détresse psychologique en situation de confinement.

II. Les caractéristiques sociodémographiques

En effet, on a pu lire que selon des caractéristiques telles que l'âge ou encore le nombre d'enfant ou le niveau d'étude, le retentissement psychologique ne semblait pas être le même.

Un niveau de détresse psychologique semblait plus élevée chez les personnes jeunes (18-24ans) , ayant un bas niveau d'éducation formelle (contrairement aux personnes ayant un diplôme d'études par exemple), ayant un seul enfant plutôt que sans enfant. Cependant avoir trois enfants ou plus serait corrélé à un niveau de détresse psychologique moins élevé (12).

En revanche, aucun résultat significatif n'a pu être mis en évidence concernant le risque plus élevé de détresse psychologique élevée pour les femmes par rapport aux hommes(12).

Dans une autre étude portant plus particulièrement sur les symptômes de dépression et de trouble de stress post traumatique réactionnels à une situation de confinement, ni l'âge, ni le niveau d'éducation, ni d'avoir des enfants n'étaient corrélés avec ces symptômes (13,14).

Concernant la profession, une étude a montré que les personnes ayant poursuivi une activité professionnelle, aussi bien au bureau qu'au domicile dans le cadre de télétravail avaient une meilleure santé mentale et même physique que les personnes ayant stoppé leur activité professionnelle durant le confinement (15).

On peut également se poser la question du type de profession exercée durant le confinement, et notamment les travailleurs dans le domaine de la santé qui n'ont pas vécu de confinement strict du fait de leurs obligations professionnelles.

Selon certaines études, les soignants ayant été en première ligne des soins (zone de haute contagiosité) sont à risque de développer un stress chronique ainsi que des niveaux d'anxiété et un syndrome dépressif plus élevés (16).

Par rapport à la population générale confinée, des études ont mis en évidence beaucoup plus de colère et irritabilité, de frustration, de culpabilité, d'impuissance, d'isolement, de solitude, nervosité ainsi que des comportements d'évitement après la quarantaine (17).

Les travailleurs de la santé étaient également beaucoup plus susceptibles de penser qu'ils avaient le SRAS et de craindre d'infecter les autres, ce qui est une source d'anxiété et de stress supplémentaire par rapport à la population générale (16,17).

Là encore, les avis divergent selon les études. Une étude a suggéré que le statut d'agent de santé n'était pas suffisant pour expliquer la survenue de symptômes psychologiques. Les auteurs suggèrent que leur état psychique durant l'épidémie était probablement influencé par

leurs expériences professionnelles avec le SRAS et non pas uniquement par leur statut de travailleurs en santé (13).

Reynolds and Co.(16) expliquent cette différence de par des différences méthodologiques et par la proportion accrue de travailleurs de la santé dans la population de l'étude Hawryluck (13). Ces mêmes auteurs soulignent que l'approche de cohorte qu'ils ont utilisé pour leur étude est peut-être plus représentative de tous les individus en quarantaine que l'échantillon Internet auto-sélectionné utilisé par Hawryluck et al.

Dans les autres facteurs prédictifs supposés de détresse psychologique élevée en confinement, les antécédents de troubles psychiatriques étaient un des facteurs de risque d'éprouver des symptômes d'anxiété et de colère jusqu' à 4 à 6 mois après la sortie de confinement (14).

Nous venons de voir qu'au sein de la population confinée, certaines caractéristiques pouvaient favoriser l'apparition d'une détresse et donc de symptômes psychologiques durant le confinement.

Plusieurs hypothèses ont été formulées au travers des différentes études pour tenter d'expliquer l'impact du confinement sur la santé mentale.

III. La durée du confinement

Au-delà du simple fait que d'admettre qu'une situation négative qui se prolongerait pourrait avoir des conséquences négatives, certains auteurs ont voulu mettre en évidence le risque de trouble psychiatrique tel que le TSPT. En effet ils suggèrent que l'augmentation des symptômes de TSPT augmenterait de façon significative pour une durée de confinement supérieure à 10 jours. Pour une durée de confinement plus longue, les résultats n'étaient pas significatifs. Cela pourrait s'expliquer par un phénomène d'adaptation à un événement traumatique prolongé que représenterait le confinement (13,14).

La durée du confinement peut également s'accompagner d'une augmentation de l'ennui, favorisant les troubles anxio-dépressifs et les comportements addictifs (18).

IV. Anxiété de contamination

Plusieurs études au moment de l'épidémie à SRAS, Ebola et MERS ont pu mettre en évidence les craintes de ces populations d'être contaminées et de contaminer l'entourage, à fortiori si toutes les personnes au sein du même foyer ne sont pas confinées (19,20,21). D'autant plus que les symptômes de la maladie Covid-19 sont aspécifiques surtout en période hivernale de grippe saisonnière. Cela rend le risque de confusion d'autant plus important et renforce le climat anxieux du confinement.

La crainte de la contamination est aussi majorée par la désinformation : informations fausses ou contradictoires, du fait des annonces continues faites par les journalistes (21).

V. Contagion anxieuse médiatique

Le confinement rompt les habitudes de vie et conduit à l'isolement social et à la perte de contact avec la réalité du monde extérieur.

Les médias (télévision, internet, radio) deviennent alors la principale fenêtre sur le monde extérieur.

Le fait d'être exposé de façon continue à des informations à caractère anxieux majore l'anxiété. Et à contrario une information qui mettrait en avant le nombre de patients guéris plutôt que le nombre de patients en service de réanimation aurait plutôt un impact faible en termes de niveau de stress perçu (3).

VI. L'isolement

Avant la période de confinement, les contacts sociaux de certaines personnes se résument principalement à ceux sur leur lieu de travail.

L'isolement dans lequel la situation de confinement a conduit certaines personnes par arrêt de leur activité professionnelle et la perte des repères que représentent les horaires de travail a pu avoir un caractère anxieux et dépressif (15).

Les études s'accordent pour dire que les personnes qui travaillaient au bureau ou même à leur domicile avaient une meilleure santé mentale et physique que celles qui ont cessé leur activité professionnelle pendant la pandémie (15,22)

Evoquons également que l'isolement a fait se développer de nouvelles pratiques telles que les apéros virtuels et avec eux, l'augmentation des consommations d'alcool dans le but de retrouver des sensations (de vie sociale, festive) et d'échapper à l'ennui (23).

VII. Les conduites addictives

Outre les nouvelles portes d'entrées dans une addiction à l'alcool tel que les apéros virtuels que permet le confinement, il majore également les risques chez des personnes déjà touchées ou suivies pour conduites addictives.

D'une part, la restriction des déplacements a pu conduire certains à un sevrage forcé et aux risques qui y sont liés (agitation, syndrome de sevrage, irritabilité, craving, comportements violents).

D'autre part, il peut favoriser des personnes à consommer et augmenter leur consommation si elles ont toujours accès à leurs substances ou alcool durant le confinement (24).

Une étude souligne que le risque d'addiction à l'alcool serait plus important chez les travailleurs en santé qui auraient été confinés, en particulier pour ceux qui travaillaient dans des zones à risque élevé de contamination (25).

Les comportements d'addiction aux jeux vidéo ou encore aux réseaux sociaux sont elles aussi favorisées par la situation d'isolement social et l'ennui que génère le confinement.

VIII. Les troubles des conduites instinctuelles : alimentation et sommeil

Enfin , le confinement s'accompagne de symptômes négatifs comme nous avons pu le voir précédemment tels que l'anxiété, le stress, la dépression qui sont des facteurs de risques connus de troubles des comportements alimentaires (anorexie, hyperphagie ou boulimie) et du sommeil.

Cependant, la situation elle-même du confinement, en perturbant les habitudes et donc le rythme veille sommeil peut créer des troubles du sommeil (décalage, inversion de rythme) (26,27).

Dans une étude chinoise, la prévalence de trouble du sommeil était de 18,2% chez 7236 personnes volontaires (28).

Le manque de sommeil pouvant favoriser les émotions négatives telles que l'irritabilité, l'anxiété, l'intolérance à la frustration et les troubles cognitifs (troubles de l'attention, de la concentration).

Le temps passé sur les écrans a tendance à augmenter en situation de confinement et est un facteur de risque connu de troubles du sommeil notamment d'insomnie d'endormissement par privation de sommeil.

De façon analogue, le fait de rester confiné chez soi, en ayant peu d'activité physique, peut encourager des comportements alimentaires tels que le grignotage, se nourrir devenant une occupation à part entière (29). Ces comportements pouvant être encouragés par les médias et la publicité qui incitent à consommer et où il devient plus difficile d'y échapper quand on reste confiné chez soi (27).

Les règles hygiéno-diététiques sont mises à mal, les personnes pouvant plus difficilement avoir recours à des stratégies pour faire face aux pulsions alimentaires comme par exemple aller faire du sport.

Outre les effets physiologiques du sport, il génère des modifications psychologiques telles que : la sensation de maîtrise et d'efficacité, l'amélioration de l'image du corps et de l'estime de soi et même le renforcement des relations sociales (30) ainsi qu'un effet antidépresseur.

Le pôle Clamart du groupement hospitalier Paul Guiraud comprend depuis 2015 un Centre d'Activités Physiques et Sportives (CAPS) à destination des patients suivis en psychiatrie. Durant le confinement Covid-19, des remaniements de leurs activités ont été faits afin de maintenir l'activité physique chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques et limiter ainsi l'impact négatif du manque d'activité physique en confinement (31).

IX. Violences, dépression et risque suicidaire en situation de confinement

Durant le confinement, nous avons vu que des symptômes anxieux pouvaient apparaître en lien notamment avec le risque de contamination ou encore les médias qui véhiculent des informations anxiogènes.

Une étude chinoise a retrouvé une prévalence du trouble anxieux généralisé à un taux de 18,2% chez 7236 personnes volontaires.

Également des troubles constitués comme des épisodes dépressifs caractérisés peuvent apparaître.

Dans cette même étude chinoise citée précédemment, la prévalence de la dépression était de 20,1% chez 7236 personnes volontaires (33).

Et le principal risque redouté auprès des personnes souffrant de troubles psychiques et notamment de dépression, est le passage à l'acte auto-agressifs et les tentatives de suicide (2,34).

Une étude chinoise menée en 2003 durant la précédente épidémie à SRAS suggère une augmentation du nombre de suicide chez les personnes de 65 ans et plus (35).

Il semblait également exister un risque de dépression différée, à 30 mois de l'épidémie à SARS en Chine avec un taux de dépression estimé à 15,6% chez les personnes ayant traversé cette épidémie (16,35,38).

Une attention particulière devra donc être faite envers la population générale et en particulier les plus vulnérables (les jeunes, les soignants, les personnes souffrant au préalable de troubles psychiatriques) afin de prévenir ces symptômes thymiques différés. Et de façon analogue, des signes d'anxiété peuvent également être présents à distance du confinement comme par exemple des attitudes d'évitement (36,37,39). En ce qui concerne les soignants, leur statut les expose à un risque de stigmatisation comme étant des vecteurs potentiels de l'infection et les fait risquer un rejet et un isolement social, de façon similaire aux patients souffrants de troubles psychiatriques.

Les situations de confinement, en dehors du risque auto agressif, exacerbent les facteurs de risques d'hétéro agressivité et plus particulièrement de violences intra familiales.

En effet on retrouve les facteurs de précarité habituellement retrouvés dans ces situations comme la perte de revenus, l'isolement social, l'étroitesse des locaux, la difficulté d'accès aux soins ou l'augmentation de la consommation de toxiques (27).

Les études chinoises ont montré un triplement des signalements de violence intra familiale au moment du confinement Covid 19, dans la province de Hubei (Chine) particulièrement touchée par l'épidémie (40).

En période de confinement Covid 19, le département des Alpes-Maritimes s'est mobilisé conformément aux directives gouvernementales et a mis en place le dispositif d'accueil des femmes victimes de violences dans les pharmacies.

Une fiche reflexe à destination des pharmaciens élaborée par la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des Alpes-Maritimes expliquait la procédure de prise en charge des victimes.

Dans le cas où une femme victime de violences ne pouvait s'isoler chez elle pour appeler les forces de l'ordre, elle pouvait se rendre à une pharmacie et signaler sa situation aux pharmaciens afin d'être aidée et prise en charge.

Les pharmaciens avaient ainsi la possibilité de prendre en charge les victimes en les orientant vers les dispositifs adaptés (plateformes d'accueil, d'écoute et d'orientation, associations spécialisées, hébergements d'urgence...). ou dans les situations les plus graves, d'alerter les forces de l'Ordre (41).

X. Symptômes psychotiques

Certains auteurs, en s'appuyant notamment sur des études faites en population carcérale ont décrit la survenue de symptômes tels que des hallucinations, des épisodes confusionnels avec agitation et paranoïa mais également des altérations de la perception du monde extérieurs (déréalisation) (42,43,44,45,46).

Par analogie, la situation de confinement, qui reproduirait des conditions d'enfermement et de privations similaires à celles d'une détention est donc à surveiller de près, et ce aussi bien en ce qui concerne la population générale que la population souffrant au préalable de troubles psychiatriques.

Cependant, certains auteurs soulignent que chez les patients souffrant de schizophrénie, on pouvait retrouver un sentiment positif de « normalisation de leur comportement », ces patients étant habitués à vivre confinés et le plus souvent, isolés socialement (27).

Également en population générale, certaines études ont pu mettre en évidence un vécu positif du confinement et ont pu retrouver des sentiments de joie ou de libération chez les personnes interrogées (16).

Mais la majorité des études s'accordent à dire que les situations de confinement infectieux peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé mentale des personnes et nécessitent une réorganisation rapide, profonde et efficace du dispositif de soins et de prévention en psychiatrie.

ADAPTATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE FACE A L'EPREUVE DU CONFINEMENT COVID-19

De manière générale, et ce bien avant la crise Covid-19, il y a une tendance à la stigmatisation des patients souffrant de troubles psychiatriques en France. La place qui leur est réservée au sein du système de santé est marginale et avec un accès bien souvent restreint aux soins médicaux généraux (47).

Pourtant, il s'agit d'une population vulnérable sur le plan de la santé générale du fait du risque augmenté de comorbidités générales (48) et d'un risque de surmortalité plus élevé en période épidémique du fait d'une espérance de vie déjà réduite (en moyenne entre 10 et 15 ans par rapport à la population générale) (49,50) notamment par un plus grand risque infectieux (51).

De plus, il s'agit d'une catégorie de patients où la majeure partie du soin se fait au travers d'une inter relation médecin et patient permettant contenance, réassurance et projet de soins individualisé.

On retrouve le terme de triple vulnérabilité : psychiatrique, médicale et psychosociale chez certains auteurs (52). Cette triple vulnérabilité en période épidémique rend les patients souffrant de troubles psychiatriques plus à risque de décompensations psychiatriques majeures ; et implique une réorganisation des soins psychiatriques en France à l'épreuve du Covid-19.

I. Adaptation des établissements hospitaliers à l'épreuve du COVID-19

Pendant la crise Covid-19, les établissements de soins ont dû modifier leur organisation avec pour objectif principal la protection des patients et cela passe par le respect des gestes barrières. Ceci étant soutenu par une fiche éditée par le ministère des solidarités et de la santé du 23 Mars 2020. On peut ainsi y lire que toute activité impliquant un rassemblement sera supprimée, cela comprend également les temps de détente que représentent les repas collectifs aussi bien pour les patients que ceux pour les membres du personnel (53,54).

Les visites des proches ont été limitées au départ pour être par la suite supprimées au moment du pic épidémique, notamment en établissement psychiatrique ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) accueillants des populations vulnérables.

Les établissements type Centre d'accueil de jour (CPJ,CATTP) ont été fermés et les membres du personnel ont été sollicités sur les structures intra hospitalières comme cela a pu être le cas au Centre Hospitalo Universitaire (CHU) de NICE.

Certains professionnels de santé comme les travailleurs sociaux, éducateurs, ergothérapeutes et même psychologues ont pu se retrouver en difficulté pour assurer leur fonction avec la fermeture brutale des établissements scolaires puis la mise en place du confinement.

C'est ainsi que des professionnels indispensables à la qualité des soins en particulier de psychiatrie ont pu se retrouver manquant durant une partie de l'épidémie, ajoutant des difficultés d'adaptation majeures et continues du système de soins à cette situation.

Dans l'ensemble des établissements publics comme privés, de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, et de façon inédite en France, des Unités PSY/COVID ont vu le jour rapidement. Elles ont pour vocation d'accueillir des patients COVID Positifs ayant besoin de soins psychiatriques afin de prévenir le risque de décompensation et de surmortalité dans ce contexte épidémique. Elles permettent le regroupement des patients infectés et ainsi limiter la propagation du virus en évitant que ces patients côtoient la promiscuité qui règne dans les services psychiatriques.

Une étude révèle que, sur une base déclarative, 89 unités PSY/COVID se sont développées pendant la crise sur tout le territoire, dans des établissements publics comme privés et représentant plus d'un millier de lits (52).

Au CHU de Nice, c'est l'unité d'hospitalisation de semaine (M1A) qui a cessé son activité afin de mettre à disposition ses lits d'hospitalisations et devenir l'Unité PSY/COVID du CHU. Une unité au sein du Centre Hospitalier Sainte Marie de Nice a également vu le jour, Unité PSY/COVID St Lazare.

Ces unités sont gérées par une équipe comprenant un médecin psychiatre et médecins généralistes. Certaines unités comme celle du groupe hospitalier universitaire Paris/Saint-Anne comprenaient des spécialisations avec unités médicalisée et de soins intensifs (SI).

Des unités de ce type ont également pu se mettre en place en Lombardie (Italie) (55).

Cela ne représente pas la majorité, et les patients arrivant dans ces unités sont stables et un protocole de transfert en unités de SI et réanimation d'urgence si l'état clinique venait à se dégrader a été mis en place (2).

Dans les Hôpitaux chinois, des unités de quarantaines ont été mis en place afin que chaque nouveaux patients entrants soit pris en charge avant son transfert dans le service indiqué et ce afin de diminuer le risque de contagion.

En France, certains hôpitaux ont mis en place ce dispositif, par exemple le centre hospitalier de Ville Evrard qui représente plus de 800 lits d'hospitalisations et ce afin de pallier aux manques de matériels (pénurie de masques, gel, gants) et à la pénurie de Test PCR Covid (52).

Au moment de la sortie de confinement (ou déconfinement), les activités habituelles des établissements psychiatriques ont été encouragées à reprendre avec le rétablissement des visites des proches, des autorisations de sorties temporaires, des activités de groupe. Tout cela bien évidemment dans le respect des gestes barrières (56).

Également, un dépistage systématique du Covid-19 de tout patient nouvellement hospitalisé en psychiatrie est réalisé et l'admission acceptée une fois seulement les résultats connus et négatifs. Ceci est sous tendu par le fait que certains auteurs (52,57) ont suggéré que l'incidence moindre de formes symptomatiques de Covid-19 chez les patients de psychiatrie en comparaison au personnel soignant serait due, entre autres, à une diminution des contacts sociaux que l'on observe chez certains patients ayant des symptômes de repli, isolement, évitement par exemple. Et cela pourrait faire craindre un pic épidémique retardé au déconfinement chez les patients les plus évitants suite à une réexposition brutale.

Ces mêmes auteurs ont évoqué un effet potentiellement préventif de l'infection Covid-19 de l'exposition à certains psychotropes comme la chlorpromazine (57).

Ainsi les auteurs justifient l'intérêt d'un dépistage systématique des patients avant chaque entrée en service de psychiatrie.

Dans le même temps que la création des Unités PSY/Covid qui représentent de véritables innovations intra hospitalières en situation de crise, les soins ambulatoires ont dû également se réorganiser pour répondre aux besoins et assurer la continuité des soins.

II. Réorganisation des soins ambulatoires en période Covid-19

Un rapport de l'HAS publié le 2 Avril 2020 (5) a structuré l'offre de soins en 7 réponses rapides (ANNEXE 1), élaborées sur la base des connaissances disponibles cette date. Ce rapport cible les objectifs de la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques afin de garantir les meilleurs soins en cette période de crise sanitaire.

Parmi les principales réponses, on retrouve le maintien et le renforcement de l'offre de soins ambulatoires en privilégiant le recours aux prises en charge à distance en téléconsultation c'est-à-dire par vidéotransmission, ou à défaut par téléphone, tout en maintenant la possibilité de consultations en structures de prise en charge ambulatoire ou en cabinet libéral, de visites à domicile et d'activités individuelles.

Cela concernait toute structure des soins ambulatoires : CMP, consultations de psychiatrie libérale.

Des structures comme les centres de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et autres hôpitaux de jours d'addictologie ont pu grâce à la téléconsultation maintenir la continuité des soins, alors qu'on connaît les difficultés liées à l'observance du suivi des patients souffrant de conduites addictives.

Pour exemple, le centre de jour d'addictologie Albert Chenevier à Créteil a pu garantir par le biais des téléconsultations le maintien de l'abstinence chez plus de 80% des patients. De plus, aucun patient n'a été perdu de vue un mois après le début du confinement et la fermeture de l'hôpital de jour (58).

Des plateformes numériques comme StopBlues ou Covidecoute.org (59,60) ont également garanti la continuité des soins ambulatoires en mettant à disposition un numéro vert gratuit de soutien psychologique durant la crise sanitaire.

Cette réorganisation de l'offre de soins ambulatoires demande la coopération de tous les acteurs du système de santé.

Ainsi l'arrêté du 15 mars 2020 paru au Journal officiel (61) autorise les pharmaciens d'officine à étendre le renouvellement d'une ordonnance expirée dans le cadre d'un traitement chronique et ce afin de garantir la continuité de traitement, compte tenu de la situation de crise sanitaire.

Des recommandations sont également parues concernant les prescriptions de traitements chez les patients ayant des troubles psychiatriques. En effet, certains psychotropes nécessitent une surveillance particulière à la fois clinique et biologique, mais des alternatives ont dues être mises en place afin de garantir la meilleure sécurité et efficacité possible des traitements (62).

En revanche, la réorganisation des soins connaît des limites dans des domaines plus spécifiques comme l'électroconvulsivothérapie (ECT) (63). En effet, ces pratiques ont dû malheureusement être suspendues, quand on sait que le délai en France pour y accéder peut parfois être très long (63,64).

Les principales raisons invoquées étaient le déploiement des équipes d'anesthésie et du matériel (scopes, respirateurs, drogues anesthésiques) dans les services de réanimation ainsi que la limitation des déplacements des patients pour leurs examens.

Cependant les chercheurs ne se sont pas découragés et ont établi des recommandations (65) accompagnées d'une fiche technique expliquant comment rétablir les ECT dans les meilleures conditions de sécurité pour les patients et les soignants.

Des activités comme celles de la psychoéducation et la réhabilitation ont pu être maintenues durant le confinement grâce à des applications numériques et à des suivis type « case management » (52).

Comme mentionné précédemment, le Centre d'Activités Physiques et Sportives (CAPS) au pôle Clamart du groupement hospitalier Paul a développé un blog à disposition des patients afin de maintenir ce lien patients/soignants et leur permettre de promouvoir et accompagner la pratique d'une activité sportive en confinement (31).

L'ensemble de ces pratiques témoigne de la flexibilité de notre système de santé à parer à une crise sanitaire d'une telle ampleur, à conditions que l'ensemble des moyens organisationnels et financiers soit mis en oeuvre.

Comme on vient de le mentionner, un des outil majeur et recommandé par l'HAS fut la prise en charge en téléconsultation des patients psychiatriques dans chaque site, par des praticiens hospitaliers et libéraux. Tous les moyens à dispositions furent développer afin de faire connaître ces moyens d'accès par une large diffusion dans les médias, la presse locale et internet.

GENERALITES SUR LA TELEMEDECINE

I. Définitions

a. La e-santé

Selon l'HAS, le terme « e-santé » recouvre « un vaste domaine d'applications des technologies de l'information et de la télécommunication au service de la santé.

Les missions de la HAS dans ce domaine concernent les logiciels des professionnels de santé (avec les logiciels d'aide à la prescription, les dossiers médicaux électroniques...), la télémédecine (avec la téléconsultation, la téléexpertise...), la santé mobile (avec les applications de santé sur téléphone portable) ou bien encore l'information des usagers. » (66).

b. La télémédecine

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 1997 la télémédecine comme étant « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes-rendus, enregistrements audio et vidéo), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique » (67) .

La première définition française a été proposée en 2004 et remplacée par la loi du 21 Juillet 2009, par la définition actuelle : « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient » (68).

Elle est également définie simplement par l'HAS comme étant « une forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Elle permet d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soins (notamment dans les territoires fragiles) et la qualité de vie des patients en permettant une prise en charge et un suivi sur leur lieu de vie» (69).

Définition qui fait écho à celle du Professeur Louis Lareng, pionnier européen de la télémédecine et directeur de l'Institut européen de télémédecine créé en 1989 à Toulouse:

« La télémédecine représente l'utilisation de tout moyen technique et de toute méthode permettant à distance la pratique médicale. Elle a pour finalité l'amélioration de la qualité des soins par l'utilisation optimale des moyens techniques et des compétence médicales » (70).

c. Les missions en télémédecine

La télémédecine fait évoluer la médecine pour répondre aux défis de santé publique que représentent le vieillissement de la population ou le suivi approfondi des maladies chroniques, leur prévalence augmentant avec le vieillissement des populations (71).

Elle améliore l'accès aux soins, en particulier dans les zones reculées en permettant une meilleure prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et contribue aux prises en charge coordonnées par les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social. Ainsi, elle constitue un facteur d'amélioration de l'efficacité et de l'organisation des soins et de diminuer l'impact de la désertification médicale (71).

Les cinq actes (71) pratiqués en télémédecine sont :

-la téléconsultation « qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient par l'intermédiaire des technologies de l'information et de la communication. C'est un acte médical et une action synchrone (patient et médecin se parlent). Elle permet au professionnel de santé médical requis de réaliser une évaluation globale du patient, en vue de définir la conduite à tenir à la suite de cette téléconsultation » ;

-la téléexpertise « qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient » ;

-la télésurveillance médicale « qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient » ;

-la télé-assistance médicale « qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte » ;

-Elle englobe également le système de régulation médicale qui « est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15.

Elle n'a pas pour objectif de remplacer les actes médicaux en présentiel mais elle leur est complémentaire.

Elle ne se substitue pas aux pratiques médicales plus habituelles mais constitue une réponse aux défis auxquels est confrontée l'offre de soins aujourd'hui.

C'est pourquoi la télémédecine doit reposer sur un projet médical répondant à des priorités et aux besoins de la population d'un territoire et des professionnels de santé. C'est en ce sens qu'elle s'intègre au sein d'un parcours de soins.

d. La télépsychiatrie

Pour l'American Psychiatric Association (APA) : La télépsychiatrie (72), une des applications de la télémédecine, comprend la délivrance d'un ensemble de prestations de santé allant des évaluations psychiatriques, à la psychothérapie (individuelle, de groupe, familiale) en passant par l'éducation thérapeutique des patients et la gestion de leurs traitements.

Elle permet la possibilité d'interaction directe entre un psychiatre et le patient. Elle englobe également les psychiatres qui soutiennent les fournisseurs de soins primaires avec des conseils et une expertise en santé mentale.

Les soins de psychiatrie peuvent être fournis dans le cadre d'une communication interactive en direct. Cela peut également impliquer l'enregistrement d'informations médicales (images, vidéos etc) et leur envoi vers un site distant pour un examen ultérieur.

Il existe des recommandations internationales en télépsychiatrie dans le domaine de l'urgence (télépsychiatrie d'urgence (73), de la télépsychiatrie pour les enfants et les adolescents (74) ainsi que dans le domaine de la gérontopsychiatrie (75,76).

L'Agence Canadienne d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (AETMIS) a émis des lignes directrices cliniques ainsi que les normes technologiques en télépsychiatrie, également des recommandations pratiques concernant la vidéo-consultation en psychiatrie en accord avec les experts et auteurs consultés (77,78,79).

Ainsi, des contre-indications relatives à la télé-psychiatrie ont pu être déterminées, comme par exemple :

- Des patients ayant des troubles du comportements avec grande instabilité, forte impulsivité et possibilité de violences ;
- Un risque de suicide immédiat ou une dangerosité immédiate ;
- Une consultation d'annonce de maladie grave (ex : infection au Virus de l'Immunodéficience Humaine VIH) ;
- Des déficiences sensorielles (auditives et/ou visuelles) ainsi que cognitives ;
- Un refus émis par le patient lors du recueil du consentement, formel ou non ;
- Un trouble psychique pouvant particulièrement être exacerbé par l'outil de télépsychiatrie. Par exemple des patients avec hallucinations chroniques et syndrome de référence. Ce dernier point étant controversé par plusieurs auteurs, notamment à Montreal où une étude sur des patients schizophrènes avec idées de référence focalisées sur la télévision ne signalait aucune décompensation des troubles en lien avec la vidéotransmission (80).

II Origines de la télémédecine et de la télépsychiatrie

a. Dans le monde

Les premières visioconférences concernaient la psychiatrie et ont eu lieu dans les années 60 aux États Unis avec la mise en réseau de programmes de téléconsultations et de télé-éducation autour du Nebraska Psychiatric Institute. Celles-ci s'effectuaient, avant même l'avènement d'internet grâce à deux télévisions reliées en circuit court (81).

En 1969, des milliers de patients de la station médicale de Logan située à 2,7miles de l'Hôpital du Massachussetts ont pu bénéficier d'entretiens psychiatriques et d'examens somatiques à distance et assistés par les infirmiers se trouvant sur place (82).

En 1971 une autre expérience de téléconsultations psychiatriques a eu lieu, pendant vingt-quatre heures sur écrans de télévisions, entre deux villes séparées de 26 miles, Hanover et Claremont au New Hampshire (83).

Quelques années plus tard a eu lieu le premier congrès de télémédecine dans le Michigan en 1973 (84).

En dehors du domaine psychiatrique, on notera la première visioconférence en chirurgie cardiaque réalisée entre les États-Unis et la Suisse en 1965. Ainsi qu'une expérience inédite de téléassistance médicale aux astronautes via satellites à la fin des années 70 (85).

Dans les années 80, la télémédecine se développe dans d'autres pays, comme le Canada ou l'Australie qui sont des pays à haut niveau socio-économique donc potentiellement avec un meilleur accès aux télécommunications, et avec des distances géographiques très grandes favorisant les déserts médicaux, en miroir des États-Unis (84).

En 1998, l'APA a émis l'intérêt de la télépsychiatrie pour permettre l'accès aux soins des populations éloignées géographiquement dans un contexte de pénurie de praticiens et a fourni ses recommandations en termes de pratiques et d'équipements techniques (86).

Ces recommandations ont été mises à jour dans un communiqué de février 2018 (87):

« La télémédecine en psychiatrie, utilisant la vidéoconférence, est une pratique médicale validée et efficace qui améliore l'accès aux soins. L'APA soutient l'utilisation de la télémédecine en tant que composante légitime d'un système de prestation de soins de santé mentale dans la mesure où son utilisation est dans l'intérêt du patient, protège l'autonomie, la confidentialité et la vie privée du patient ; et lorsqu'il est utilisé conformément aux politiques de l'APA sur l'éthique médicale et la loi applicable ».

On constate que les premières expériences de télémédecine ont concerné le domaine de la psychiatrie, et cela avant même l'avènement d'internet plus tard dans les années 90. Mais également, que ces projets ont été menés en raison de la distance pouvant séparer le médecin du patient dans des pays à la géographie étendue comme les États Unis ou l'Australie.

b. La télémédecine en Europe et en France

En 1966, les premières expériences de télémédecine concernaient le domaine de la cardiologie avec la transmission via le réseau téléphonique de tracés électrocardiographiques depuis le CHU de Toulouse vers d'autres établissements de la région Midi-Pyrénées (88).

L'Institut Européen de Télémédecine (89) a été créé en octobre 1989 par le regretté Professeur Louis Lareng, médecin anesthésiste et réanimateur à l'Hopital Purpan de Toulouse et cofondateur du Service Aide Médicale Urgente, (SAMU).

Il faudra attendre les années 2000 que se déroule la première expérience de consultation et de suivi en télépsychiatrie entre le CHU de Nice et l'Hôpital de Tende. Dans cette expérience menée sous la direction du Professeur Dominique Pringuey, les patients de ce village de montagne isolé étaient recrutés par les généralistes des villages alentours et se rendaient au cabinet du médecin généraliste équipé depuis lequel ils pouvaient recevoir une téléconsultation avec un psychiatre basé à Nice (90).

Cette expérience dans le haut pays niçois était la seule en France en 2001 tandis que la même année, on recensait plus d'une vingtaine de programmes aux États-Unis.

Ce retard développemental de la télépsychiatrie en France pouvant s'expliquer par de multiples facteurs : moyens techniques et financiers plus restreints que des pays comme les États Unis ou encore le Canada, cadre légal non défini (la définition légale de la télémédecine apparaîtra en 2009), pratiques cliniques et croyances culturelles (la psychiatrie est une spécialité de la rencontre).

Sur le territoire métropolitain, les autres sites répertoriés à ce jour sont (76,91) :

En 2006 est présenté un projet de télépsychiatrie soutenu par l'ARS Haute Normandie au CH du Rouvray et qui, après 10 ans d'évolution, a évolué en service de téléconsultation et téléexpertise en gerontopsychiatrie (76). Le dispositif actuel s'étend aux établissements médico-sociaux, dont deux-tiers sont des EHPAD avec la participation de six établissements sanitaires (MCO, psychiatrie) et le CHU de Rouen. Ce projet est toujours en cours actuellement.

Les premiers projets dans les Service médico-psychologique régional (SMPR) de Lannemezan et de Bois d'Arcy ont permis améliorer la qualité des soins délivrés aux détenus.

Dans le domaine de la pédopsychiatrie, un dispositif de télésanté facilitant la liaison entre le Centre Ressources Autisme (CRA) de Brest et l'Établissement Public de Santé (EPSM) de Vannes (92) assurant les soins spécialisés dans une structure médicosociale comportant une unité pour personnes atteintes d'autisme.

On peut également citer une expérience pionnière de liaison entre un service de psychiatrie infanto-juvénile et l'Éducation nationale en Bourgogne.

Dans le domaine de la téléexpertise en psychiatrie on notera que la Croix Rouge Française, par le Centre Médico-Chirurgical de Kourou, bénéficie, grâce au budget e-santé 2002, d'une station de visioconférence.

Les premiers téléstaffs par visioconférence entre les différents centres hospitaliers français ont pu voir le jour en Ardèche où il existe une activité de visio conférence entre Annonay et le CHS Sainte-marie-de-Privas ou dans les régions du Rhone et des Hautes Alpes entre le CHS du Vinatier et l'Hopital d'Aiguille.

Un dispositif de téléconsultation entre des psychologues et psychiatres et des patients expatriés a été décrit par Alexandre Mathieu Fritz. Il s'adressait en priorité à des patients français expatriés et son fonctionnement reposait sur une plateforme permettant de réaliser les téléconsultations via internet (93).

Enfin, un projet européen ISLANDS (Integrated System for Long distance psychiatric Assistance and Non-conventional Distributed Health Services) voit le jour en 2005 au Service Hospitalo Universitaire de psychiatrie de la Martinique (service du Professeur Aimé Charles Nicolas) afin de proposer une assistance psychiatrique dans des régions parfois difficiles d'accès. Pour exemple la Guyane s'étend sur un vaste territoire de 90000km² avec des petits villages à l'intérieur des terres difficilement accessibles (8h de pirogue ou hélicoptère) et où les troubles mentaux s'aggravent du fait de l'augmentation des consommations de toxiques. Ce projet tient au fait qu'il existe une convergence entre ce projet et le processus de télétransmission, mis en œuvre par le CH de Cayenne, l'ARH, le SAMU de la Martinique et le Centre National d'Etudes Spatiales (94).

Dans le reste de l'Europe, ce sont essentiellement dans les pays de l'Europe du Nord que se sont développées la télémédecine et la télépsychiatrie (95,96).

Une des premières expériences de télépsychiatrie en Finlande (97) a été réalisée par le Département de Psychiatrie de l'Université de Oulu (dans le nord de l'Ostrobothnia) en 1996.

III Cadre Légal de la télémédecine

L'exercice de la télémédecine en France est encadré par la loi HPST et le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010.

Il faudra attendre le 15 septembre 2018, soit pratiquement 8 ans plus tard pour que, à l'instar des consultations traditionnelles, la téléconsultation soit remboursée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) (98) à hauteur de 70%, le reste étant remboursé par les complémentaires santé.

Cette même année, un nouveau décret vient encadrer cette pratique en France : le décret n°2018-788 du 13 septembre 2018 relatif à la télémédecine et en particulier l'article R.6316-10 relatif aux modalités d'hébergement des données de santé à caractère personnel ainsi qu'au regard de la loi Informatique et Libertés de 1978 modifiée.

On compte au 15 Septembre 2019, soit un an après, plus de 60 000 téléconsultations facturées sur l'ensemble du territoire (99). Et ce nombre a littéralement explosé durant la période de confinement Covid-19.

En effet, dans un article du Parisien (100) publié le 18 mars 2020, le cofondateur et président de la plateforme DOCTOLIB Stanislas Niox-Château estime que « 2000 à 3000 praticiens ont activé la fonction téléconsultation toutes les heures et que l'ambition de la plateforme en début de confinement était la mise à disposition rapide et gratuite aux « 80 000 médecins libéraux pour toute la durée de la crise du coronavirus ». Alors qu'ils n'étaient que 3500 en France une semaine plus tôt.

Un fait marquant durant le confinement est l'assouplissement des conditions d'accès à la téléconsultation remboursable décrété le 10 mars 2020 par le ministre de la Santé Monsieur Olivier Véran (101).

En téléconsultation comme n'importe quel type de consultation, les règles du parcours de soin doivent être respectées : c'est le médecin traitant du patient qui doit être consulté en première intention car il connaît l'état de santé et les antécédents de ses patients.

Toutefois, par dérogation, si une personne est infectée par le Covid-19 ou susceptible de l'être, elle peut s'adresser à un autre médecin de ville pour une téléconsultation si son médecin traitant n'est pas disponible ou si elle n'en a pas (102).

Le 18 mars 2020 est également décrété un remboursement à 100% par la CPAM de toutes les téléconsultations quel qu'en soit le motif, pour une durée limitée (102). Cette durée sera régulièrement réévaluée tout au long de la crise sanitaire afin de répondre au mieux aux besoins sanitaires durant son évolution. Actuellement elle est fixée au 31 décembre 2020.

Cependant, le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2021 prévoit de prolonger la prise en charge intégrale des téléconsultations par l'Assurance maladie pour deux années supplémentaires et ce quelque soit le motif de consultation (103).

Pour réduire les inégalités technologiques durant le confinement, les textes réglementaires ont été modifiés le 4 avril (104) pour permettre la prise en charge des téléconsultations au téléphone.

Leur remboursement impliquait certains critères d'accès comme un critère d'âge (>70ans), le fait d'être atteint d'une affection grave de longue durée ou d'être atteint par le Covid-19. Les personnes n'ayant pas de connexion internet (ou de qualité insuffisante pour la vidéo) ou n'ayant ni ordinateur ni smartphone pouvaient aussi passer par le téléphone.

A noter que les téléconsultations réalisées par téléphone (sans vidéo transmission) ne sont plus prises en charge depuis le 10 juillet sauf sous certaines conditions très limitées (102).

Ainsi les personnes dans des zones de déserts médicaux ou n'ayant pas de connexion internet peuvent avoir comme solution de se rendre dans une pharmacie qui dispose des équipements vidéos pour la pratique de la télé médecine avec leur médecin et accéder au remboursement.

Les modalités des téléconsultations en officine sont détaillées dans le Journal Officiel publié le 6 septembre 2019. Cela officialise les modalités négociées entre les syndicats de pharmaciens et l'assurance maladie pour la téléconsultation (avenant 15 à la convention pharmaceutique) (105).

L'ETUDE

I. Objectifs de l'étude

- **Objectif Primaire (ou principal)**

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le degré de satisfaction des patients et des psychiatres à la suite d'une téléconsultation en psychiatrie pendant le confinement, en période de pandémie Covid-19.

- **Objectifs Secondaires**

Les objectifs secondaires de l'étude s'intéressaient aux questions d'acceptabilité (satisfaisante ou non) et d'efficacité de la téléconsultation (équivalente ou non au face à face) pour les patients et psychiatres durant la crise sanitaire.

Existait-il une différence pour ces critères (de satisfaction, d'acceptabilité et d'efficacité) selon les caractéristiques sociodémographiques des patients ? selon le type de téléconsultation (vidéo ou téléphone) ? Selon le type de suivi ambulatoire (CMP ou Cabinet libéral) ? Mais également, existait-il une cohérence de réponses entre patients et médecins

II. Matériel et Méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective multicentrique non interventionnelle réalisée au sein de plusieurs établissements de consultations psychiatriques et de cabinets libéraux au cours de la période de confinement liée à la pandémie COVID-19. (Tableau 1)

La téléconsultation fut recommandée par l'HAS afin de maintenir les soins psychiatriques ambulatoires tout en permettant le respect de la mesure de confinement national.

Le rythme des consultations était variable et laissé à l'appréciation du médecin et en confrontation à la demande des patients, de la même façon que durant un suivi en face à face.

Une enquête de satisfaction a été menée, en sortie de confinement, sur une période d'inclusion de deux mois et demi (du 31 mai au 15 août 2020).

Cette enquête concernait les téléconsultations réalisées durant la période de confinement Covid-19 et qui s'étendait du 17 mars 2020 au 11 mai 2020.

Les téléconsultations durant cette période étaient réalisées par téléphones ou via des plateformes permettant la vidéo-consultation telles que la plateforme « DOCTOLIB » (utilisée par les psychiatres du CHU et libéraux) ou « MonSisra » (utilisée principalement par les psychiatres du CMP St Michel à Menton). Il s'agissait d'outils de téléconsultations gratuits, sécurisés et agréés pour l'hébergement de données de santé.

Tableau 1 : Liste des établissements ayant participé à l'étude

Type d'activité	Nom/Description de la structure
CMP	<ul style="list-style-type: none"> • LA LANTERNE (CHU PASTEUR NICE) • LE REMBRANDT (CHSM NICE) • LE BELLAGIO (CHSM NICE) • NOTRE DAME (CHSM NICE) • ST MICHEL MENTON (CHSM NICE)
CHU	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations réalisées sur le site de l'Hôpital PASTEUR, bâtiment M de psychiatrie.
Libéral	<ul style="list-style-type: none"> • Cabinets de psychiatres libéraux à Nice.

Déroulement des vidéo-consultations

En pratique, les patients étaient contacté par le secrétariat de l'établissement de consultation habituel (ou le psychiatre directement si consultation libérale) pour leur délivrer l'heure et la date du rendez-vous à laquelle ils pourraient se connecter sur le plateforme et bénéficier de leur entretien.

Des explications sur le déroulé de la consultation et le fonctionnement de la plateforme avaient été données au préalable aux patients par le secrétariat, ou parfois par les soignants ou leur médecin directement lors d'un précédent échange téléphonique. Le consentement des patients était également recueilli au préalable.

Pour les vidéoconsultations, les patients devaient télécharger l'application utilisée par leur médecin psychiatre via une application smartphone ou tablette compatible ou sur ordinateur. Un message électronique ou short message service (sms) était envoyé aux patients quelques jours avant la date de la vidéo-consultation, ainsi que quelques heures avant.

Le patient entrait dans une salle d'attente virtuelle à l'abri de tout risque de contamination et le psychiatre était informé de la connexion du patient.

Les téléconsultations que nous avons étudiées étaient celles de médecins psychiatres ou internes de psychiatrie (> 4 semestres d'étude) ayant suivi des patients en consultation ambulatoire au sein d'établissements type CMP, au sein du service de consultations sur le site du CHU de Nice Pasteur ou en cabinet de psychiatrie libérale.

Environ une vingtaine de jours après la sortie de confinement, un questionnaire a été remis à des patients et psychiatres des différentes structures citées précédemment.

Les critères d'inclusions des patients étaient les suivants :

- Age \geq ou = à 18 ans
- Francophones
- Acceptant de participer à l'étude
- Une (ou plusieurs) consultation(s) téléphonique(s) ou par vidéoconférence durant la période de confinement Covid-19 (17 mars 2020 au 11 mai 2020).

Les critères d'inclusions des médecins étaient les suivants :

- Médecins Psychiatres ou Internes de Psychiatrie à Nice
- Acceptant de participer à l'étude
- Une (ou plusieurs) consultation(s) téléphonique(s) ou par vidéoconférence durant la période de confinement Covid-19 (17 mars 2020 au 11 mai 2020).

Les critères non inclusion des patients à l'étude étaient :

- Age $<$ 18 ans.
- Refus de participer à l'expérimentation
- Pas de consultation par téléphone ou par vidéoconférence durant la période de confinement Covid-19 (17 mars 2020 au 11 mai 2020)
- Contre-indication déterminée par le psychiatre traitant (risque de décompensation ou patient ayant une déficience lui empêchant de comprendre les questions).

Les critères de non inclusion des médecins se résumaient à l'absence de consultation par téléphone ou par vidéoconférence durant la période de confinement Covid-19 ou le refus de participer à l'expérimentation.

Si le patient acceptait de participer à l'étude, il pouvait répondre au questionnaire par mail ou par téléphone ou nous le remettre en main propre le cas échéant. Il en était de même pour les médecins psychiatres.

Remarque : les questionnaires ont pu être rempli par le patient seul (puisqu'il s'agissait d'auto-questionnaires) ou avec l'aide de leur psychiatre habituel ou d'un membre de l'équipe du centre de consultation (internes, psychologues, infirmier(e)s, assistantes sociales).

Une fois en notre possession, ce dernier était numéroté de 1 à cent pour les patients et de 1 à vingt-trois pour les médecins afin de préserver l'anonymat lors du traitement des données.

Étant donné l'absence de questionnaire validé à notre disposition nous avons construit deux questionnaires partageant des similarités, un à destination des patients et l'autre pour les médecins psychiatres. (ANNEXES 2 et 3).

Pour la majorité, il s'agissait de patients et de leur psychiatre à qui étaient destinés les questionnaires ; mais certains psychiatres ont été amenés à répondre favorablement à notre étude sans que nous ayons pu distribuer le questionnaire à leur patient. Quoiqu'il en soit aucune analyse en sous-groupe « patient apparié à son médecin psychiatre » n'a été menée dans notre étude.

Les questionnaires patients comprenaient des données sociodémographiques, le moyen de se rendre au centre de consultation habituellement (et ce afin d'avoir une idée de la distance domicile-centre de consultation), si le patient devait se déplacer pour son activité professionnelle durant le confinement ; s'il était confiné au domicile et dans quelle condition (seul, en famille, en maison ou chambre individuelle etc) ainsi que le type de téléconsultations (vidéo ou téléphone).

Pour le questionnaire psychiatres, seulement les caractéristiques démographiques âge, sexe, lieu d'exercice et le type de téléconsultation étaient demandées.

Précisons que nous avons utilisé le terme général de « téléconsultation » pour désigner les consultations téléphoniques ou vidéo et cela était systématiquement précisé entre parenthèses pour éviter toute confusion.

Puis les deux questionnaires se poursuivaient par des questions fermées, ordonnées par le système d'Échelle de Likert : la personne interrogée exprimait son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation (ex 1 tout à fait d'accord 2 D'accord 3 ni en désaccord ni d'accord 4 pas d'accord 5 pas du tout d'accord) (106).

Le choix des réponses selon le modèle de Likert nous a paru le plus cohérent car était le plus utilisé dans des études similaires (76,107,108,93,109).

Un nombre d'items allant de 21 à 25 pour les deux questionnaires, les questions 22 à 25 portant spécifiquement sur la téléconsultation en vidéo-transmission. La durée de passation moyenne était de 15-20 minutes environ (variable selon les patients et plus longue lorsqu'il s'agissait de vidéo-consultation) et était précisé au préalable lors de la remise du questionnaire aux participants.

Ils comprenaient aussi une question qualitative binaires oui/non (question 10 pour les patients et 12 pour les psychiatres :Aviez-vous déjà pratiqué la téléconsultation régulièrement en dehors de la période de confinement Covid-19 ?) et lorsque la réponse était Oui, une deuxième question était posée : « si oui était ce comparable ? » avec réponses formulées selon le modèle de Likert.

Les questionnaires se terminaient par une question (mais non numérotée) qualitative ouverte : « avez-vous des remarques? ».

De même, il était demandé aux participants ou simplement écrit « Commentaires » en dessous des questions où nous avons estimé que des commentaires seraient utiles pour répondre à notre problématique.

Concernant l'analyse statistique, les données ont été décrites à l'aide de la fréquence et du pourcentage pour le groupe des médecins ainsi que pour le groupe des patients.

Les réponses aux questions similaires entre les 2 groupes ont été comparées en utilisant un test du khi² ou un test exact de Fisher.

De même, ces tests ont été utilisés afin de comparer les réponses des patients en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

Une p-valeur $\leq 0,05$ est considérée comme significative.

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R-3.5.1.

III. Résultats

Lors de la période d'inclusion du 31 mai au 15 août 2020, 100 patients et 23 médecins psychiatres ont accepté de répondre au questionnaire.

Concernant les patients, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes (respectivement $n=70$ et $n=29$) et nous avons un questionnaire où le sexe n'avait pas été renseigné par la personne.

La répartition par classe d'âge n'était homogène puisqu'environ 45% des patients avaient entre 46 et 65 ans, 22 % des patients entre 36 et 45 ans, 16% des patients entre 25 et 35 ans et 16% avaient plus de 65 ans.

L'échantillon comportait presque autant de patients ayant consulté en institution type CMP ou CHU qu'en cabinet libéral.

Concernant le mode de vie des patients de l'étude durant le confinement Covid-19, 60% l'ont passé en famille dont 14,1% en couple, 14,1% avec des enfants (en famille ou parent célibataire). Ils étaient 32,3% à se retrouver seuls durant le confinement.

Moins de 10% des patients vivait en chambre individuelle ou dans un logement type social ou foyer ou appartement thérapeutique.

La situation professionnelle demeurait stable (inchangée ou convertie en télétravail) pour 27% des personnes. Les autres étaient inactifs durant le confinement (sans emploi, arrêt de travail, retraité ou pension d'invalidité ou handicap).

Le moyen de se rendre au centre de consultation habituellement était décrit comme pratique pour 98% des personnes interrogées, qu'il s'agisse de leur véhicule personnel (voiture ou autre), de transports en commun bien desservi ou encore de la proximité du logement leur permettant de s'y rendre facilement à pieds. Seuls 2% ont signalé que cela pouvait être une contrainte, mais inconstante, car ils dépendaient d'un tiers avec qui ils faisaient du covoiturage.

Parmi les patients, 10% ont dû être hospitalisé durant le confinement (tout motif d'hospitalisation confondu : psychiatrique ou physique).

Les détails de la population de patients incluse sont représentés dans le Tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des patients

	N= 100	%
Consultation		
CMP ou CHU	44	44,0
Libérale	56	56,0
Sexe		
Femmes	70	70,7
Hommes	29	29,3
<i>Données manquantes</i>	<i>1</i>	
Age		
25-35	16	16,3
36-45	22	22,4
46-65	44	44,9
> 65	16	16,3

<i>Données manquantes pour l'âge</i>	2	
Mode de vie		
Famille	45	45,5
Seul	32	32,3
Colocation	1	1,0
Enfant(s)	14	14,1
Animaux	13	13,1
Autre	14	14,1
Habitation		
Appartement	71	71,7
Maison individuelle	20	20,2
Logement social	3	3,0
Chambre individuelle	2	2,0
Autre	3	3,0
Profession		
Pas de changement	11	11,1
Sans emploi	22	22,2
Arrêt	15	15,2
Télétravail	16	16,2
Autre	35	35,4
<i>Données manquantes</i>	1	
Moyen de locomotion		
Véhicule personnel	39	39,4
Transports en commun	36	36,4
Covoiturage	2	2,0
A pieds	30	30,3
Autre	7	7,1
Hospitalisation		
Oui	10	10,0
Non	86	86,0

Vingt-trois médecins ont été inclus dans cette étude dont un interne de psychiatrie.

De façon similaire à la population de patients, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes (respectivement n=15 et n=8).

Plus de 65% des médecins étaient âgés de plus de 35 ans.

Près de 80% des médecins consultaient en CMP ou au CHU, les autres en cabinet libéral (Tableau 3).

Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques des psychiatres

	N=23	%
Consultation		
CHU ou CMP	18	78,3
Libérale	5	21,7
Sexe		
Femme	15	65,2
Homme	8	34,8
Age		
25-35 ans	8	34,8
> 35 ans	15	65,2
Fonction		
Interne	1	4,3
Med	22	95,7

La majorité des consultations durant le confinement se sont déroulées par téléphone, certains patients et médecins ont tout de même pu pratiquer la vidéo-consultation en association ou non aux consultations téléphoniques, notamment au CHU Pasteur, au CMP St Michel à Menton ou encore dans certains cabinets libéraux (Tableau 4).

Tableau 4 : Pratique de la téléconsultation durant le confinement Covid-19

	Patients N=100 ; %	Médecins N=23 ; %
Téléphone	80 (80,0)	17 (73,9)
Vidéo-consultation	16 (16,0)	2 (8,7)
Les deux	4 (4,0)	4 (17,4)

Les questionnaires comprenant plus d'une vingtaine de questions chacun, nous avons choisi de décrire les résultats en regroupant certaines questions pouvant répondre à une même idée principale. Cela d'une part afin de répondre à notre problématique initiale, et d'autre part par souci de clarté dans la présentation.

Pour exemple, le tableau 5 regroupe les questions relatives à l'efficacité et la satisfaction globale ressentie par les patients durant le suivi en téléconsultation pendant le confinement.

Le tableau 6 rapporte les mêmes informations mais cette fois pour les psychiatres.

Le tableau 7 compare les réponses des médecins et des patients.

Les tableaux 8 et 9 regroupent les questions faisant référence à l'acceptabilité de la téléconsultation durant le confinement et respectivement pour les patients et les psychiatres.

Les résultats sous forme catégorielle de 1 à 5 sur l'échelle de Likert étaient détaillés ci-après.

- **Résultats du groupe patients sur le critère principal (satisfaction) et secondaire (efficacité)**

Dans notre étude, **94%** des patients ont déclaré qu'ils étaient satisfaits de la prise en charge en téléconsultation durant la période de confinement Covid-19 (Q12) et 58,5% des patients ont suggéré qu'ils n'étaient pas les seuls à le penser (Q19).

On constate que 74% des patients étaient autant investi dans leur suivi en téléconsultation qu'en consultation en face à face (patients tout à fait d'accord= 48% et d'accord= 26%)(Q4).

Ces résultats avoisinent même les 100% en ce qui concerne :

-le sentiment d'avoir été écouté et rassuré par leur médecin durant la téléconsultation : 97% des patients étaient tout à fait d'accord ou d'accord avec cela (Q1);

- le fait d'avoir compris les explications données par leur médecins en téléconsultation de la même façon qu'en face à face : 93% des patients étaient tout à fait d'accord ou d'accord avec cela (Q6).

73 % des patients considéraient qu'ils pourraient recommander la prise en charge en téléconsultation à un proche (Q20) alors que 54,5 % des patients considéraient que l'efficacité de la téléconsultation n'était pas équivalente à celle d'une consultation en présentielle (Q14).

Tableau 5 : Résultats patients (« efficacité »/satisfaction globale de la téléconsultation)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Q1 Avez-vous eu le <u>sentiment d'être écouté, rassuré et compris</u> par votre médecin en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) ?	76 (76,0)	21(21,0)	2 (2,0)	1 (1,0)	0
Q4 Vous êtes-vous senti <u>autant investi</u> dans votre suivi en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) qu'en face à face ?	48 (48,0)	26 (26,0)	9 (9,0)	14 (14,0)	3 (3,0)

Q6 Avez-vous <u>compris les consignes médicales</u> données par votre psychiatre (sur vos symptômes, sur vos traitements et les changements de médicaments s'il y en a eu) de la même façon qu'en consultation en face à face ?	62 (62,0)	31 (31,0)	5 (5,0)	1 (1,0)	1 (1,0)
Q12 Etes-vous <u>satisfait</u> de manière générale de votre prise en charge en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) durant la période de confinement Covid-19 ?	56 (56,0)	38 (38,0)	2 (2,0)	3 (3,0)	1 (1,0)
Q14 Pensez-vous que <u>l'efficacité d'un entretien en téléconsultation soit comparable</u> à celui en face à face ?	11,(11,1)	23 (23,2)	11 (11,1)	41 (41,4)	13(13,1)
Q19 Selon vous, est ce que <u>les autres patients ont pu être satisfaits</u> de la prise en charge en téléconsultation de psychiatrie pendant la période de confinement Covid-19 ?	21 (22,3)	34 (36,2)	36 (38,3)	3 (3,2)	0
Q20 Pourriez-vous <u>recommander ce type de consultation</u> à un proche qui a besoin d'un suivi médical ?	30 (30,0)	43 (43,0)	16 (16,0)	8 (8,0)	3 (3,0)

- **Résultats du groupe médecins sur le critère principal (satisfaction) et secondaire (efficacité)**

De façon analogue, les médecins étaient plus de 70% à se sentir écouté et/ou compris par leur patient de la même façon que lors d'un entretien en face à face (Q1).

En revanche, 70% d'entre eux avaient le sentiment de passer à côté de certaines informations concernant le patient lors de l'entretien en téléconsultation (Q5).

69,5% trouvaient des changements concernant la place dédiée à leur intuition clinique en téléconsultation (Q8) et la plupart commentaient la question en disant qu'ils utilisaient plus difficile les silences en téléconsultation car cela pouvait laisser croire à une perte de connexion.

40% d'entre eux ne se sentaient pas autant investi dans des actions contenant lors de la relation psychothérapeutique en téléconsultation (Q9) et certains soulignaient en commentaires que la psychiatrie était une spécialité de la rencontre et qu'on perdait cette essence même de la psychiatrie en téléconsultation.

La possibilité de prescrire des consignes médicales ou médicamenteuses était considérée comme satisfaisante pour 65,2% des médecins et ils étaient environ **40% satisfaits** de la téléconsultation durant le confinement, dont **8%** tout à fait d'accord avec cela.

Tableau 6 : Résultats médecins (« efficacité »/satisfaction globale de la téléconsultation)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Q1 Avez-vous eu le sentiment d'être <u>écouté et/ou compris</u> par votre patient(e) en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) de façon similaire à la consultation en face à face ?	5 (21,7)	12 (52,2)	1 (4,3)	5 (21,7)	0
Q5 Avez-vous eu le sentiment de <u>passer à côté de certaines informations</u> (ex : comportementales, sensorielles ou autre) durant la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) ?	11 (47,8)	5 (21,7)	2 (8,7)	3 (13,0)	2 (8,7)
Q8 Avez-vous ressenti une différence sur la place consacrée à votre <u>intuition clinique</u> (par ex : vous posez davantage de questions, vous laissez moins de silence ponctuer l'entretien etc) ?	7 (30,4)	9 (39,1)	5 (21,7)	1 (4,3)	1 (4,3)
Q9 Vous êtes-vous senti autant <u>investi</u> dans des actions contenantes lors de la <u>relation psychothérapeutique en téléconsultation</u> ?	3 (13,0)	6 (26,1)	5 (21,7)	8 (34,8)	1(4,3)
Q10 Avez-vous trouvé la possibilité de <u>prescription médicamenteuse</u> ou de <u>consignes médicales, satisfaisante</u> en téléconsultation ?	8 (34,8)	7 (30,4)	4 (17,4)	4 (17,4)	0
Q15 Pensez-vous que <u>l'efficacité</u> d'un entretien en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) soit comparable à celui en face à face ?	4 (17,4)	2 (8,7)	1 (4,3)	9 (39,1)	7 (30,4)
Q20 Etes-vous satisfait de manière <u>générale par la téléconsultation</u> (vidéotransmission, à défaut téléphone) ?	2 (8,7)	7 (30,4)	8 (34,8)	5 (21,7)	1 (4,3)

- **Comparaison des résultats patients et médecins**

A la question « pensez-vous que l'efficacité d'un entretien en téléconsultation soit comparable à celle d'un entretien en face à face », **54,5 %** des patients et **69,5%** des médecins n'étaient pas d'accord ou pas du tout d'accord avec cela. Entre les deux groupes (médecins et patients) il n'y avait cependant pas de différence significative sur le plan statistiques ($p=0,110$) (Tableau 7).

Les médecins étaient plus de 70% à se sentir écouté et/ou compris par leur patient de la même façon que lors d'un entretien en face à face.

Cependant, ils n'étaient que 21,7% à avoir répondu être tout à fait d'accord avec cela (contre 76% des patients, $p<0,001$)

On retrouvait des résultats similaires en comparant les réponses des patients et des médecins -74% des patients étaient tout à fait d'accord ou d'accord sur leur investissement lors des téléconsultations, contre 39,1% des médecins qui se sentaient investis ($p= 0,001$).

-**94%** des patients étaient globalement satisfaits de leur prise en charge en téléconsultation durant le confinement contre **39,1%** des psychiatres interrogés ($p<0,001$).

(Tableau 7).

Tableau 7 : Comparaison des réponses aux questions miroirs entre les patients et médecins

	Médecins - n=23		Patients - n=100		p-valeur*
	n	%	n	%	
Avez-vous eu le sentiment d'être écouté et/ou compris par votre patient(e) en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) de façon similaire à la consultation en face à face ?					<,001
Tout à fait d'accord	5	21,7	76	76,0	
Autre	18	78,3	24	24,0	
Avez-vous ressenti une inquiétude, un stress, une sensation d'être mal à l'aise pendant la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone)?					0,044

Pas du tout d'accord	5	21,7	50	50,0	
Pas d'accord	10	43,5	25	25,0	
Autre	8	34,8	25	25,0	
Avez-vous pu aborder certains sujets que vous n'auriez pas évoqué lors d'une consultation en face à face ?					0,806
Pas du tout d'accord	7	30,4	30	30,0	
Pas d'accord	9	39,1	33	33,0	
Autre	7	30,4	37	37,0	
Avez-vous eu peur que les transmissions soient piratées (crainte concernant la confidentialité de l'entretien) ?					0,815
Pas du tout d'accord	16	69,6	72	72,0	
Autre	7	30,4	28	28,0	
Avez-vous eu la sensation d'être plus fatigué qu'après une consultation en face à face ?					<0,001
Pas du tout d'accord	4	17,4	40	40,0	
Pas d'accord	3	13,0	34	34,0	
Autre	16	69,6	26	26,0	
Auriez-vous accepté la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) en dehors de la période de confinement Covid-19 ?					0,874
Autre	11	47,8	46	46,0	
D'accord / Tout à fait d'accord	12	52,2	54	54,0	
Aviez-vous déjà pratiqué la téléconsultation (vidéotransmission ou téléphone) régulièrement en dehors de la période de confinement Covid-19 ?					0,014
Oui	9	39,1	16	16,0	
Non	14	60,9	83	83,0	

Pensez-vous que l'efficacité d'un entretien en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) soit comparable à celui en face à face ?					0,110
Pas du tout d'accord	7	30,4	13	13,1	
Pas d'accord	9	39,1	41	41,4	
Autre	7	30,4	45	45,5	
Pensez-vous que la présence d'un soignant (Infirmier ou autre) participant aux entretiens de téléconsultation serait favorable?					0,151
Pas du tout d'accord / Pas d'accord	9	39,1	59	59,6	
Ni en désaccord, ni en accord	8	34,8	27	27,3	
D'accord / Tout à fait d'accord	6	26,1	13	13,1	
Si vous avez eu majoritairement des consultations téléphoniques, auriez-vous préféré la vidéotransmission ?					0,007
Autre	9	42,9	62	73,8	
D'accord / Tout à fait d'accord	12	57,1	22	26,2	
Etes-vous satisfait de manière générale par la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) ?					<0,001
Autre	14	60,9	6	6,0	
D'accord / Tout à fait d'accord	9	39,1	94	94,0	
Il y a des choses que vous aimeriez améliorer dans cette prise en charge en téléconsultation ?					0,016
Autre	13	56,5	78	80,4	
D'accord / Tout à fait d'accord	10	43,5	19	19,6	

Vous êtes-vous senti autant investi dans des actions contenant lors de la relation psychothérapeutique en téléconsultation ?					0,001
Autre	14	60,9	26	26,0	
D'accord / Tout à fait d'accord	9	39,1	74	74,0	
Pensez-vous poursuivre cette pratique après la fin de la période de confinement?					0,221
Autre	10	43,5	57	57,6	
D'accord / Tout à fait d'accord	13	56,5	42	42,4	

* test du khi2

- **Résultats concernant le critère secondaire d'acceptabilité de la téléconsultation**

Les patients appréhendaient la téléconsultation de la même façon qu'en présentielle en ce qui concerne les sujets abordés puisque 63 % d'entre eux n'abordaient pas de sujets différents en téléconsultation qu'en présentielle (Q3).

87 % des patients étaient d'accord ou complètement d'accord pour affirmer qu'ils n'avaient pas eu de crainte concernant la confidentialité des entretiens en téléconsultation (Q5).

Ainsi, 75 % des patients considéraient que la téléconsultation ne les avait pas rendus nerveux ou mal à l'aise (Q2).

54 % des patients déclaraient qu'ils auraient accepté la téléconsultation en dehors de la période de confinement (Q9). Cependant, une proportion légèrement plus faible (42,5%) déclarait souhaiter poursuivre en téléconsultation en sortie de confinement (Q11).

Et environ 20% des patients n'auraient pas été contre que leur première consultation avec un psychiatre se déroule en télémédecine (Q13).

Tableau 8 : Questions relatives à l'acceptabilité de la téléconsultation (questionnaire patients)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Q2 Avez-vous ressenti une inquiétude, un stress, une sensation d'être mal à l'aise pendant la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) ?	6 (6,0)	15 (15,0)	4 (4,0)	25 (25,0)	50 (50,0)
Q3 Avez-vous pu aborder certains sujets que vous n'auriez pas évoqué lors d'une consultation en face à face ?	6 (6,0)	12 (12,0)	19 (19,0)	33 (33,0)	30 (30,0)
Q5 Avez-vous eu peur que les transmissions soient piratées (crainte concernant la confidentialité de l'entretien) ?	2 (2,0)	4 (4,0)	7 (7,0)	15 (15,0)	72 (72,0)
Q9 Auriez-vous accepté la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) en dehors de la période de confinement Covid-19 ?	20(20,0)	34 (34,0)	11 (11,0)	23 (23,0)	2 (12,0)
Q11 Seriez-vous d'accord pour poursuivre les entretiens en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) après la fin du confinement Covid-19 ?	15(15,2)	27 (27,3)	18 (18,2)	23 (23,2)	16 (16,2)
Q13 Si cela est (ou avait été) votre 1ère consultation avec un psychiatre en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) pensez-vous que cela aurait pu vous encourager à consulter plus rapidement ?	8 (8,4)	10 (10,5)	26 (27,4)	33 (34,7)	18 (18,9)

De même que les patients semblaient avoir bien accepté les conditions de la téléconsultation durant le confinement (Tableau 8), les psychiatres étaient :

- 91,3% d'accord ou complètement d'accord pour affirmer qu'ils n'avaient pas eu de crainte concernant un quelconque piratage des données lors des entretiens en téléconsultation (Q4).
- 65 % à considérer que la téléconsultation ne les avait pas stressé ou mis mal à l'aise (Q2).
- 70% à aborder les mêmes thématiques concernant le soin de leur patient en téléconsultation (Q3).

Plus de la moitié des psychiatres déclaraient qu'ils auraient accepté la téléconsultation en dehors de la période de confinement (52% ;Q11) et souhaitaient la poursuivre en sortie de confinement (56,5% ;Q13).

Enfin, quand on demandait aux psychiatres si le taux d'acceptation de la télémédecine en confinement était bon, 74% déclaraient un taux d'acceptabilité satisfaisant avec peu de refus de la part des patients d'y participer.

Tableau 9: Questions relatives à l'acceptabilité de la téléconsultation (questionnaire psychiatres)

	Tout à fait d'accord	D'accord	Ni en accord ni en désaccord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Q2 Avez-vous ressenti une inquiétude, un stress, une sensation d'être mal à l'aise pendant la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone)?	0	5 (21,7)	3 (13,0)	10 (43,5)	5 (21,7)
Q3 Avez-vous pu aborder certains sujets que vous n'auriez pas évoqué lors d'une consultation en face à face ?	0	1 (4,3)	6 (26,1)	9 (39,1)	7 (30,4)
Q4 Avez-vous eu peur que les transmissions soient piratées (crainte concernant la confidentialité de l'entretien) ?	0	0	2 (8,7)	5 (21,7)	16 (69,6)
Q11 Auriez-vous accepté la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) en dehors de la période de confinement Covid-19 ?	4 (17,4)	8 (34,8)	2 (8,7)	6 (26,1)	3 (13,0)
Q13 Pensez-vous poursuivre cette pratique après la fin de la période de confinement?	4 (17,4)	9 (39,1)	0	5 (21,7)	5 (21,7)
Q14 Le taux d'acceptation de la téléconsultation chez vos patients durant le confinement fut-il satisfaisant ?	6 (26,1)	11 (47,8)	4 (17,4)	2 (8,7)	0

En comparant ces données (Tableau 7), on constatait que les patients étaient tout à fait d'accord à se sentir à l'aise, non stressé pour 50% d'entre eux durant la téléconsultation alors

que ces déclarations étaient moitié moindre dans le groupe des psychiatres (21% tout à fait d'accord ; $p= 0,044$).

Le reste des résultats comparant entre médecin et patient les questions relatives à l'acceptabilité de la téléconsultation durant le confinement ne montraient pas de différence significative dans les deux groupes (même sujets abordés en téléconsultation et présenteielle ; bonne acceptabilité de la téléconsultation en dehors et en sortie de confinement).

Mentionnons une question concernant la sensation de fatigue perçue en téléconsultation : il semblerait que les médecins étaient plus fatigués par cette pratique que les patients, ces derniers étaient 40% à répondre ne pas être du tout d'accord avec le fait qu'une téléconsultation demandait davantage d'énergie ($p<0,001$) (Tableau 7).

Et qu'en est-il des habitudes en téléconsultation avant le confinement Covid-19 ?

Environ 40% des médecins avaient déjà une pratique en télémédecine, plus ou moins régulière, avant le confinement contre seulement 16 % des patients ($P= 0,014$) (Tableau 7).

En revanche, parmi les patients et les psychiatres qui avaient répondu oui, on constatait qu'ils étaient en majorité d'accord de dire que cette pratique n'était pas du tout comparable avant/pendant le confinement. Bien que des taux très corrects de patients et de psychiatres aient pu répondre qu'ils n'avaient pas constaté de changement (44% et 33% respectivement) (Tableau 10).

Tableau 10 : Ce tableau fait référence à la deuxième partie des questions binaires Q10 (patients) et Q12 (médecins) : « Aviez-vous déjà pratiqué la téléconsultation (vidéotransmission ou téléphone) régulièrement en dehors de la période de confinement Covid-19 ? OUI/NON »

Parmi les réponses « OUI », voilà les réponses ordonnées de 1 à 5 sur l'échelle de Likert à la question « la pratique de la télémédecine vous semblait elle comparable avant/pendant le confinement ? »

	N patients	%	N psychiatres	%
Pas du tout d'accord	5	31,3	1	11,1
Pas d'accord	4	25,0	5	55,6
Ni en désaccord, ni en accord	0	0,0	0	0,0
D'accord	1	6,3	2	22,2
Tout à fait d'accord	6	37,5	1	11,1

- **Comparaison vidéotransmission et téléphone**

Les graphiques 1 et 2 suivants comparaient les réponses obtenues par les patients et les médecins aux questions suivantes :

- « Si vous avez eu majoritairement des consultations par téléphone, auriez-vous préféré les avoir en vidéo ? » Q17 (patients) et Q18 (médecins).

A cette question, on constatait que près de 60% (57%) des médecins répondaient favorablement (D'accord= 42% et Tout à fait d'accord= 13%), et que donc ils auraient préféré faire leur consultation via la vidéotransmission.

En comparaison, ce pourcentage était quant à lui réduit de moitié chez les patients qui représentaient environ 30% à avoir répondu qu'ils auraient préféré la vidéo-consultation ($p=0,007$) (Tableau 7).

La deuxième question était la réciproque, à savoir :

- « Si vous avez eu majoritairement des vidéoconsultations, auriez-vous préféré les consultations téléphoniques? » Q18 (patients) et Q19 (médecins).

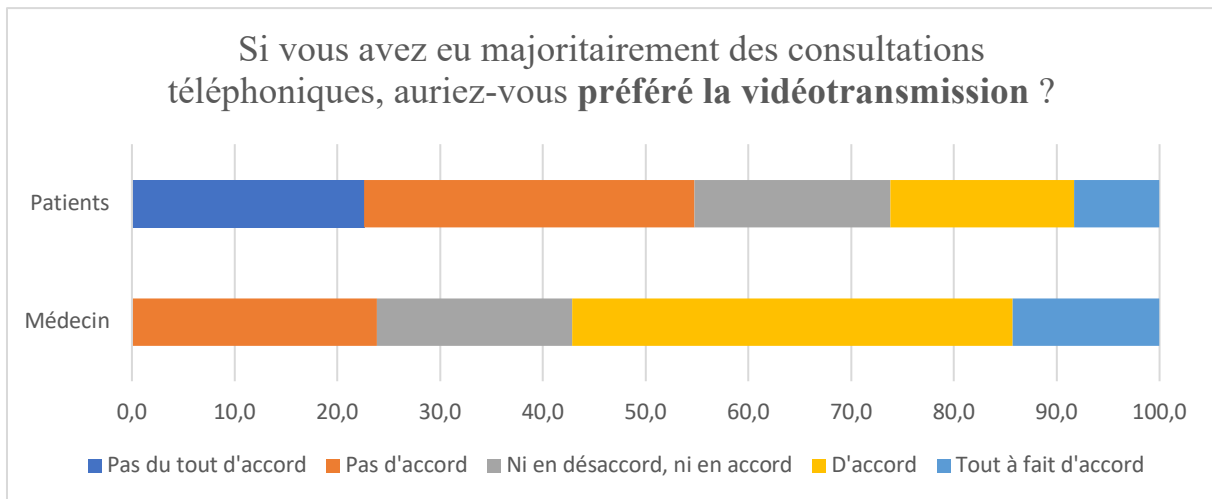
Dans ce cas de figure, 100% des médecins répondaient défavorablement (Tout à fait d'accord = 50% et d'accord 50%) c'est à dire que la totalité des médecins s'accordaient à dire qu'une fois qu'ils consultaient en vidéo il était préférable de poursuivre de cette manière. Du coté des patients, les réponses étaient concordantes avec seulement 10% de patients qui n'auraient pas souhaité poursuivre en vidéo-consultation.

Un des premier constat est que globalement les médecins étaient favorables à la vidéo-consultation, qu'ils l'aient pratiqué ou pas, à fortiori s'ils l'avaient déjà pratiqué.

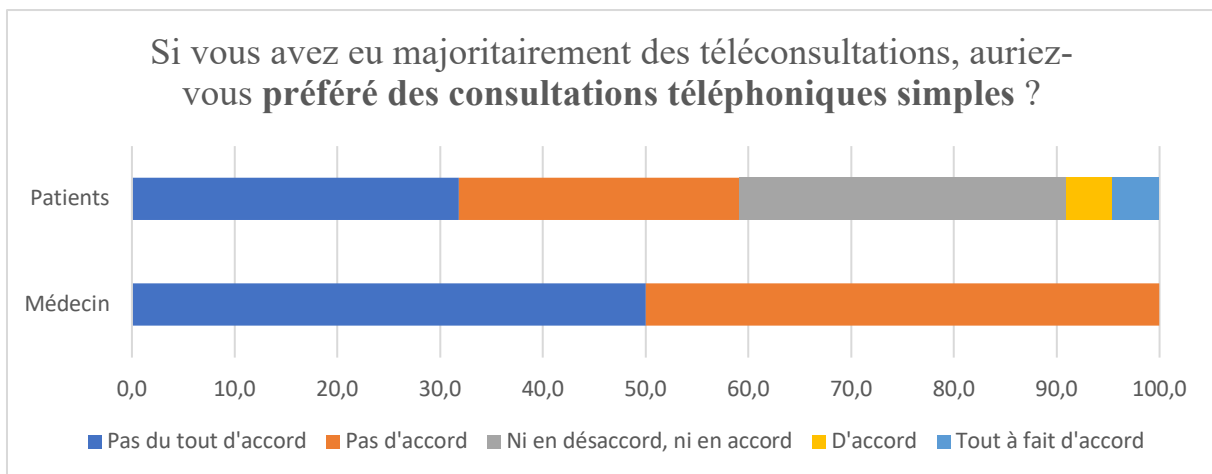
En revanche, pour les patients cela semblait plus compliqué à envisager s'ils ne l'avaient pas déjà pratiqué au préalable et moins d'un tiers des patients de notre étude seraient prêt à essayer. Ce pourcentage était quasiment doublé lorsqu'ils avaient déjà eu une consultation en vidéo, à savoir que près 60% déclaraient préférer conserver ce mode de consultation et ne pas revenir au téléphone.

(Graphiques 1 et 2)

Graphique 1



Graphique 2



Pour les questions spécifiques à la vidéotransmission (Q22 à Q25) :

La qualité de l'image en vidéotransmission était satisfaisante pour 63% des patients interrogés et 50% des médecins. Cependant, 3 fois plus de médecins que de patients n'étaient pas satisfaits de la qualité de l'image.

Le son était satisfaisant pour les deux groupes, et 33% des médecins étaient sans opinion favorable ou défavorable sur la question.

Et globalement les médecins étaient près de la moitié à trouver le système de téléconsultation fiable, avec peu de bug ou d'annulation de leur consultation du fait de problèmes technique.

Pour les patients, les réponses étaient homogènes concernant les dysfonctionnement durant la téléconsultation avec presque autant de patients perturbés par un dysfonctionnement que non.

Enfin, plus de 65% des patients répondaient ne pas avoir été freiné dans la démarche de la vidéo-transmission par le fait que le médecin puisse voir leur lieu de vie durant la consultation. L'apport de la vidéo en termes de nouvelles informations acquises pouvant les aider dans leur entretien clinique auprès du patient était relevé par 1/3 des psychiatres.

Un taux de 20% de patients s'accordaient à dire qu'il faudrait des améliorations à cette téléconsultation (Q21). Ils étaient notamment favorable pour 13% d'entre eux à la présence d'un tiers (soignant, IDE) (Q15) lors d'un entretien en téléconsultation et 1/3 des patients seraient d'accord pour bénéficier d'une explication par tutoriel (Q16).

⇒ Globalement **80% des patients ne souhaitaient pas d'amélioration** à ce dispositif ce qui témoigne indirectement d'une bonne satisfaction globale

Un taux d'environ 44% de médecins s'accordaient à dire qu'il faudrait des améliorations à cette téléconsultation. Soit le double par rapport aux patients avec une différence significative sur le plan statistique ($p=0,016$; Tableau 7).

Parmi les principales améliorations à faire : celles concernant la facilitation des prescriptions médicamenteuses, restant à ce jour un frein majeur rapporté par les psychiatres de notre étude. Mais également concernant la restriction de leur pratique en téléconsultation : 65% d'entre eux déclaraient avoir ainsi du restreindre leur pratique. Ainsi la possibilité d'adaptation thérapeutique s'est vu restreinte de part un accès difficile aux examens biologiques et se limitait à la seule appréciation clinique au travers du média de la téléconsultation.

Egalement 56,5% seraient d'accord pour l'intégration d'une formation pédagogique à cette pratique durant les études médicales.

Les médecins étaient 26,1 % à être d'accord ou tout à fait d'accord au fait qu'un soignant soit présent lors de leur téléconsultation avec leur patient. Ce résultat n'était cependant pas significatif entre patients et médecins (Tableau 7).

Remarques en fin de questionnaires

Elles concernaient principalement les difficultés pratiques pour la remise des prescriptions médicamenteuses (remarques des patients et psychiatres) mais aussi concernant la durée de la

consultation téléphonique principalement qui semblait plus courte pour les patients qu'une consultation présentielle ou vidéo.

- **Analyses univariées des résultats de l'étude**

Les analyses univariées nous ont permis de préciser la relation entre certaines questions relatives à la satisfaction globale (Q12 patients et Q20 médecins), l'efficacité (Q1 ;4 ;6 ;14 ;20 patients et Q1 ;5 ;8 ;9 ;15 médecins) ou encore l'acceptabilité (Q3-9 patients et Q11 ;13 médecins) de la téléconsultation et des paramètres tels que l'âge, le sexe, le lieu de consultation ou encore le type (vidéo ou téléphone).

Certains paramètres supplémentaires ont pu être évalués chez les patients comme le mode et le lieu de vie ou encore le moyen habituel de se rendre en consultation (avant la période de confinement).

1. **Sexe**

Selon la question Q1 relative au sentiment d'être écouté, rassuré et compris en téléconsultation, il semblerait que les patientes femmes aient répondu plus favorablement que les hommes qu'elles étaient d'accord avec cela, 82,9 % et 62,1% respectivement ($p=0,026$). De façon identique, on observait que davantage de patientes femmes (62,9%) avaient déclaré être satisfaite de leur prise en charge en téléconsultation durant le confinement Covid-19 que d'hommes (41,4% ; $p= 0,05$).

Aucune différence significative selon le sexe n'a pu être mise en évidence concernant les autres questions, relatives à l'efficacité (Q4 ;6 ;14 ;20).

De même qu'il n'y avait aucune différence significative entre médecins hommes et femmes pour les questions relatives à la satisfaction globale (Q20) ou encore l'efficacité (Q1 ;5 ;8 ;9 ;15) et l'acceptabilité.

2. **Age**

Aucune différence significative selon l'âge n'a pu être mise en évidence, aussi bien dans le groupe des patients que celui des médecins.

3. Mode de vie

Ce paramètre était précisé dans le questionnaire patient uniquement ;

Les patients seuls durant le confinement étaient les plus nombreux (62,7% ; $p= 0,008$) à répondre qu'ils n'auraient pas accepté la téléconsultation en dehors de la période de confinement liée à la pandémie Covid-19 (Q9).

Aucune autre différence significative n'a pu être mise en évidence selon le mode de vie des patients.

4. Habitation

On observe que chez les patients ayant passés le confinement en appartement ou en maison la plus grande proportion de réponses favorables (respectivement 80% et 90%), à la question sur le sentiment d'être écouté ou compris par leur médecin lors de la téléconsultation (Q1) par rapport aux personnes vivants en foyer de vie ou appartements thérapeutiques (12% de réponses favorables ; $p<0,001$).

La même tendance pouvait s'observer pour les réponses formulées à la question 6 où la majorité des patients ayant répondu qu'ils n'avaient pas de difficulté à comprendre les consignes médicales données par leur médecin en téléconsultation sont ceux qui vivaient en appartement ou en maison individuelle (62% et 80% respectivement $p= 0,023$).

Pour les questions relatives à l'efficacité et la satisfaction globale en téléconsultation, les résultats suggèrent la même tendance (meilleure efficacité et meilleure satisfaction éprouvées en téléconsultation) mais les résultats n'étaient pas significatifs.

5. Travail

La déclaration d'un sentiment d'écoute et de compréhension lors de la téléconsultation était davantage retrouvée chez les patients ayant eu une activité professionnelle durant le confinement (maintien de l'activité ou télétravail) que chez les patients sans emploi au moment du confinement (100% et 54% respectivement ; $p=0,003$)

De même qu'une efficacité équivalente de la téléconsultation était rapportée davantage chez les personnes en activité professionnelle (95%) que chez les sans-emploi durant le confinement (9% ; $p= 0,023$).

Une meilleure satisfaction globale de la téléconsultation était retrouvée chez les personnes ayant maintenue leur activité professionnelle durant le confinement mais ce résultat n'était pas significatif.

Aucune autre différence significative n'a pu être montrée avec le critère « travail ».

6. Moyen de locomotion

Les patients qui avaient déclaré venir à leur consultation avec leur psychiatre habituellement en ambulance ou taxi, véhicule sanitaire léger (VSL) n'étaient d'accord ou tout à fait d'accord qu'à 28,6% avec le fait de se sentir écoutés et/ou compris en téléconsultation (Q1) ce qui diffère des autres groupes ($p=0,007$) : véhicule personnel 90% de réponses favorables à la Q1 ; Transport en commun ou covoiturage 95-100% de réponses favorables.

L'efficacité équivalente de la téléconsultation et de la consultation en face à face était en majorité rapportée par le groupe de patients ayant précisé « véhicule personnel » comme moyen de transport. (46% ; $p=0,053$).

Le reste des résultats concernant le lien entre mode de transport et les questions relatives à l'acceptabilité ou encore la satisfaction globale de la téléconsultation ne montraient pas de différence significative.

7. Antécédent de téléconsultations

Nous nous sommes posé la question de savoir si les personnes ayant déjà eu recours à la téléconsultation auraient pu avoir des réponses différentes du reste des autres.

Et contrairement à ce que l'on aurait pu croire, il n'y avait aucune différence significative selon si les patients ou les médecins avaient eu une pratique en télémédecine antérieure au confinement.

8. Type de suivi ambulatoire : Institutionnel (I) = CMP et/ou CHU ou Cabinet Libéral (L)

Les patients qui étaient suivis en psychiatrie libérale étaient proportionnellement plus nombreux à se sentir écoutés (L =89,3% et I =59,1% ; $p<0,001$) de la part de leur thérapeute ainsi qu'à comprendre (L=72,7% et I=50% ; $p=0,002$) les informations qu'il pouvait leur donner durant la téléconsultation, de la même manière qu'au cabinet de consultation. Ils étaient plus nombreux à se trouver investis (L=61,8% et I=33,3% ; $p=0,021$) dans leur suivi médical et satisfaits (L=69,6% et I=38,6% ; $p=0,002$) de façon générale par la téléconsultation durant le confinement Covid-19.

Ils étaient 41,8% patients suivis en cabinet libéral à être d'accord ou tout à fait d'accord avec une efficacité équivalente du suivi en téléconsultation et en face à face ; et 25% patients suivis en CMP ou aux consultations CHU mais cette différence n'était pas significative ($p=0,08$).

Les patients suivis en cabinet libéral étaient plus nombreux à dire qu'ils abordaient tout type de sujet en téléconsultation, sans différence avec le face à face ($L=79,5\%$ et $I=49,6\%$; $p=0,002$). En revanche il n'y avait pas de différence significative entre eux concernant la question de l'acceptabilité de la téléconsultation en dehors de la période de confinement ($L=57,1\%$ et $I=50\%$; $p=0,477$).

Les médecins exerçant en cabinet libéral étaient davantage susceptibles de dire qu'il y avait une équivalence d'efficacité de la téléconsultation au présentiel $L=80\%$ et $I=16,7\%$; $p=0,017$ et de façon concordante, ils avaient senti moins de changement concernant la place dédiée à leur intuition clinique en télémédecine ($L=20\%$ et $I=83\%$; $p=0,017$).

9. Type de consultation

Les patients du groupe vidéo consultations exclusivement ou téléphoniques exclusivement étaient plus enclin à dire être autant investi (Q4) dans ce type de suivi que ceux ayant fait les deux types de consultations (Vidéo =80% ; Téléphone= 79,5% ; Les deux=0% ; $p= 0,003$).

De même que ceux ayant bénéficié de vidéo consultations étaient presque deux fois plus nombreux à trouver une équivalence d'efficacité avec la consultation en face à face que ceux n'ayant eu que des consultations téléphoniques (Vidéo=56,3% ; Téléphone=31,6% ; $p=0,056$)

Etonnamment là encore, aucun patient du groupe ayant fait les deux médias n'était d'accord ou tout à fait d'accord avec cela (Q14).

Concernant le groupe médecins, la place réservée à leur intuition clinique en téléconsultation était, comme on pouvait le pressentir, mieux préservée en vidéotransmission (Video= 50% ; Les deux=100% $p=0,001$) qu'au téléphone (88% de médecins avaient constaté des modifications de leur intuition clinique via ce média).

Les résultats en faveur d'une efficacité équivalente entre téléconsultation et présentiel, là encore se trouvaient dans le groupe « vidéotransmission » (50%) ou « les deux » (75%) en comparaison au téléphone seul. (17,6% ; $p=0,045$).

Contrairement aux patients, les psychiatres étaient plus susceptibles de répondre à une efficacité équivalente de la téléconsultation à la consultation présentielle quand elle était associée à cette dernière.

DISCUSSION

La pandémie du Covid-19 a eu un fort impact psychologique (3,110) sur l'ensemble de la population et en particulier sur les patients souffrants de troubles psychiatriques dont la vulnérabilité est triple: psychiatrique, médicale et psychosociale (52).

En accord avec les recommandations de l'HAS (4), la téléconsultation a été très rapidement mise en place en psychiatrie avec pour objectif d'assurer la continuité des soins ambulatoires en respectant le confinement des patients.

La **satisfaction globale** de la téléconsultation était excellente avec 94% de patients satisfaits ou très satisfaits dans cette étude et 40% de médecins satisfaits ou très satisfaits.

Ces résultats étaient conformes aux études récentes, notamment une enquête (109) de satisfaction menée par une équipe en Oto rhino laryngologie (ORL) d'un CHU français durant la pandémie Covid-19 et qui retrouve un pourcentage de satisfaction globale à 87% chez leurs patients.

Mais aussi conformes aux données d'une revue de la littérature basée (110) sur 93 études portant sur la satisfaction en télémédecine dont 25% sur la télépsychiatrie et où les niveaux de satisfaction déclarés à l'égard de la télémédecine sont systématiquement supérieurs à 80% et fréquemment rapportés à 100%. Pour exemple, une étude américaine incluant plusieurs spécialités, dont 41 patients de psychiatrie et qui retrouve également un très haut taux de satisfaction globale en téléconsultation (111).

On retrouve aussi une conformité de ces résultats aux études précédemment citées, dans le domaine de la psychogériatrie (76) ou dans les zones de densité médicale faible (75) et notamment rurales (112) où la télémédecine était bien acceptée et le taux de satisfaction global bon.

Cependant, il ne faut pas oublier que dans ce contexte pandémique exceptionnel, la téléconsultation était la seule alternative à disposition des patients leur évitant une rupture de suivi psychiatrique. Cela explique probablement le taux de satisfaction très élevé de cette étude ainsi que l'efficacité ressentie par les patients (« c'était mieux que de ne pas avoir de consultation du tout » ont commenté certains patients).

De ce fait, ces résultats ne peuvent pas être extrapolés à la pratique quotidienne de la téléconsultation car il n'existait pas d'autre alternative et ceci peut représenter un biais.

La relation psychiatre-patient est fondée sur l'écoute et la compréhension d'un patient souvent dans un état de souffrance psychique jusqu'à une véritable douleur morale, plus ou moins conscient. En situation de crise sanitaire, ces principes relationnels n'auront jamais autant été précieux et ce afin d'accompagner le patient à la compréhension de ses symptômes ,lui montrer qu'il n'est pas seul face à cela (et oui même son psychiatre pouvait se retrouver confiné) et permettre ainsi de soulager sa souffrance.

Concernant le sentiment d'être écouté, rassuré et de comprendre les consignes médicales, **plus de 90% des patients** avaient répondu favorablement ainsi que **75% d'entre eux se sentaient investis dans leur suivi en téléconsultation** ce qui laisse suggérer une relation thérapeutique psychiatre-patient préservée et une bonne **efficacité globale** de la télémedecine durant le confinement.

La psychiatrie est une **spécialité de la rencontre** (113) où la place laissée à la relation interpersonnelle est primordiale, et où se développe un ensemble d'actions et de réactions traduisant le comportement humain. La suppression ou du moins la modification de l'interface de la rencontre passant de réel à virtuel en télémedecine explique probablement que **70%** des médecins avaient le sentiment de **passer à côté de certaines informations** concernant le patient lors de l'entretien en téléconsultation. On ne soulignera jamais assez l'importance de la communication non verbale en psychiatrie.

Ceci pouvant expliquer que 54,5% patients de l'étude qui ne considéraient pas que télémedecine et consultation présentielle aient une efficacité équivalente, de même que 69,5% des médecins de notre étude. Certains patients ont pu expliquer qu'ils répondaient à la question « efficacité équivalente » (Q14) en se mettant à la place de leur psychiatre : « je me sens écouté en téléconsultation, bien sûr, mais pour moi ce ne peut pas être aussi efficace que le présentielle car le médecin ne voit pas mes émotions, mes expressions » (114,115). Cela expose également la dimension des pratiques médicales traditionnelles où le contact, le toucher est au cœur de la pratique médicale et des croyances culturelles où toucher est synonyme de guérison (116).

Cependant, patients comme psychiatres ont globalement bien acceptés la prise en charge en télémédecine, et **plus de 40%** d'entre eux seraient prêts à poursuivre les téléconsultations en dehors du confinement.

Le confinement s'étant achevé en mai dernier, certaines mesures barrières restent toujours en place comme le port du masque obligatoire. Ainsi, de nombreux cliniciens pourraient trouver un intérêt à poursuivre en téléconsultation avec leur patient afin de contourner les difficultés de prise en charge liée au port obligatoire du masque chirurgical de leurs patients (117).

D'ailleurs, l'institut national de la santé mentale et des neurosciences (NIMHANS) (Bengaluru, Inde) en association avec la Société indienne de psychiatrie et la Société de télémédecine de l'Inde ont publiée des «Directives opérationnelles de télépsychiatrie – 2020 » visant à encourager la téléconsultation, et plus **particulièrement la vidéo**.

Les résultats de notre étude suggèrent cela, avec des niveaux élevés **d'efficacité équivalente de la vidéotransmission** au face à face chez les patients et médecins. En particulier les médecins psychiatres libéraux, et ce probablement du fait d'un meilleur accès à cet outil en psychiatrie libérale qu'en CMP.

Une réponse favorable à la question de **l'efficacité équivalente** entre téléconsultation et présentielle semble donc dépendre du média utilisé avec un léger avantage de la vidéo sur le téléphone ($p=0,05$) comme le laisse suggérer les analyses statistiques univariées.

Ces résultats sont concordants avec la proportion de patients satisfaits de la qualité du son et de la vidéo (63%) dans l'étude et également par le fait qu'1/3 des psychiatres de l'étude reconnaissaient **un apport de la vidéo en termes de nouvelles informations** acquises pouvant les aider dans leur entretien clinique auprès du patient.

Mais cela n'explique pas la plus faible part de patients ayant préférés privilégier un seul média (vidéo ou téléphone) alors que les médecins reconnaissaient les avantages de pratiquer l'un et l'autre au cours du suivi. Cela soulevait-il une question d'habitude des patients, comme le souligne une enquête récente en allergologie où il est évoqué qu'en télésanté les patients reviennent à ce qu'ils ont l'habitude de faire et aux moyens avec lesquels ils interagissaient auparavant avec le système de santé (118).

En d'autres termes, cela pourrait expliquer que les patients de notre étude qui étaient suivis par téléphone ou vidéo ont préféré maintenir leur suivi de cette manière durant le confinement.

La patients souffrants de troubles psychiatriques font partie des personnes vulnérables du fait de la présence, très fréquente, de comorbidités cardio-vasculaires, addictologiques

,immunologiques, accompagnées d'une plus grande sensibilité aux infections (48,49,50,51). La téléconsultation s'est avérée particulièrement utile pour ces patients en permettant le suivi de leur pathologie psychiatrique chronique tout en limitant le risque de décompensation psychique et somatique en diminuant le risque de contamination lors des déplacements. Ainsi, on constate qu'un faible taux de patients (<10%) de notre étude ont eu recours à une hospitalisation durant le confinement et suggère probablement **une efficacité de la téléconsultation dans la prévention et le dépistage** de signes précoces de décompensation. On retrouve les mêmes résultats dans d'autres études notamment en cardiologie (119) où les téléconsultations ont pu maintenir le lien avec des patients également vulnérables et d'optimiser leurs soins en dépistant les urgences, planifiant des rendez-vous dans les meilleurs délais ou encore en ajustant les traitements de patients chroniques.

Une différence notable en analyse univariée concerne les patients suivis en consultations ambulatoires libérales (L) et ceux suivis en consultations institutionnelles (I=CMP ou CHU) durant le confinement. Les patients ayant été **suivis en libéral** déclaraient globalement **un meilleur investissement** dans leur suivi en télépsychiatrie, une meilleure compréhension des éléments de la consultation avec leur psychiatre et une meilleure sensation d'être écouté, rassuré que les patients suivis en institution durant le confinement Covid 19.

La proportion de patients satisfaits de leur suivi durant le confinement était globalement bonne et meilleure en téléconsultations libérales (L=69,6% et I=38,6% ; p=0,002).

Les patients suivis en psychiatrie libérale sont ceux qui rencontraient le moins de difficultés à aborder tout type de sujet en téléconsultation, de la même façon qu'en face à face (L=79,5% et I=49,6% ; p=0,002).

Ceci pouvant s'expliquer par les caractéristiques et les difficultés rencontrées le plus souvent en CMP (120) qui sont :

- une population de patients avec des pathologies bien souvent plus lourdes qu'en psychiatrie libérale avec nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire qu'il est plus difficile à mettre en oeuvre en psychiatrie libérale ;
- un temps de consultation parfois plus réduit du fait du nombre de patients et de programmes et obligations de soins dont les consultations sont planifiées en avance et ne peuvent être reportées facilement (présence de certificats mensuels etc) ;
- le fait qu'un patient puisse être amené à être vu par plusieurs médecins différents du CMP. Ce qui peut freiner le patient dans ses déclarations, n'ayant pas envie de répéter son histoire à différents interlocuteurs à chaque fois.

On retrouve des résultats concordants chez les médecins exerçant en cabinet libéral dans notre étude et qui déclarent avoir eu moins de sensations de passer à côté d'informations cliniques sur leur patients durant la téléconsultation ; semblent s'être affranchi du média et avoir gardé intacte leur intuition clinique (sauf si consultations téléphoniques). Les psychiatres libéraux en accord avec leurs patients trouvent une équivalence d'efficacité entre la téléconsultation en vidéo et la consultation présentielle.

Concernant les données socio démographiques, il existe également des différences significatives en ce qui concerne le **lieu d'habitation** des patients (maison, appartement ou autre : foyer, appartement thérapeutique) durant le confinement. Ce serait difficile de conclure sur le fait qu'un lieu de vie pourrait favoriser le bon déroulement de la téléconsultation et donc entraîner des réponses positives en termes de satisfaction et d'efficacité. Certes nous pouvons supposer que des personnes ayant un logement type maison individuelle ou appartement ont peut-être davantage pu s'aménager un espace intime pour accueillir au mieux la téléconsultation et en ressentir des bienfaits. Alors que celles vivant en foyer ou en appartement thérapeutiques, ont peut-être eu plus de difficultés à le faire du fait des contraintes organisationnelles de ces structures.

Un **mode de vie** différent est également un facteur qui semble avoir eu son importance, notamment sur **l'acceptabilité** de la téléconsultation durant le confinement. En effet, les personnes vivant seules durant le confinement représentent la majorité à avoir répondu qu'elles n'auraient pas accepté en dehors de telles circonstances (62,7% ; $p= 0,008$). Ceci traduit probablement une recherche de rompre l'isolement, de lutter contre les symptômes déficitaires de nombreux troubles psychiques tels que le ralentissement psychomoteur et le manque de motivation de l'épisode dépressif caractérisé par exemple. En faisant la démarche de se rendre en consultation, cela permet d'éviter de consolider le repli à son domicile et une situation en cercle vicieux favorisée par la téléconsultation en quelque sorte.

Aussi, le maintien d'une **activité professionnelle** et notamment les personnes en télétravail ont pu ,comme on pouvait s'y attendre, trouver une efficacité équivalente entre téléconsultation et consultation en face à face. Cette différence peut s'expliquer par le fait que leur situation de télétravail durant le confinement leur avait facilité l'accès et donc laisser supposer un bon équipement afin de profiter au mieux de la téléconsultation. Ensuite, les

personnes sans emploi étaient plus susceptibles, comme nous l'avons constaté, de déclencher une détresse psychologique (15,22) avant, pendant et après le confinement, étaient probablement dans un état psychique les rendant moins sensibles à la téléconsultation. N'oublions pas que les patients de psychiatrie font partie d'une catégorie où la majeure partie du soin se fait au travers d'une inter relation médecin et patient permettant contenance, réassurance et projet de soins individualisé. Pour ces personnes sans activité professionnelle durant le confinement et ayant un degré supplémentaire de vulnérabilité en quelque sorte, des VAD pouvaient être un complément intéressants aux téléconsultations.

Concernant le **moyen de locomotion**, même s'il diffère dans les déclarations des patients, tous se sont accordés en commentaires à dire qu'il était pratique pour eux de se rendre à leur consultation avant confinement. Cependant, les patients ayant déclaraient se rendre habituellement à leur consultation de psychiatrie en VSL ou ambulance ont majoritairement jugé que l'efficacité de la téléconsultation n'était pas équivalente au présentiel. Cela laisse supposer une différence qui ne serait pas liée au moyen de locomotion (puisque'il était équivalent dans son côté pratique pour tous les patients).

En effet, des différences d'efficacité pouvaient tout simplement être liée aux croyances et à l'image que les patients se font habituellement d'une consultation médicale, comme nous l'avons déjà explicité précédemment (116,118).

Certains patients trouveront la consultation présentielle toujours plus efficace, par définition. Il n'y avait pas de différences significatives de satisfaction ou d'efficacité de la télé médecine selon la tranche d'âge. Ce qui est conforme avec les données de la littérature (109,121) Cette étude ne montrait pas de différence significative entre les patients jeunes (<35ans) et les patients plus âgés ce qui montre qu'il n'existe pas de frein à l'utilisation de la téléconsultation par un éventuel plus faible niveau de maîtrise des technologies modernes chez les patients plus âgés.

Une étude récente dans le domaine de la cancérologie montre que les patients ayant déjà l'habitude d'utiliser des appels vidéo dans leur vie quotidienne sont plus enclins à réaliser des téléconsultations (122) . Cependant aucune différence significative en termes de satisfaction ou d'efficacité de la téléconsultation n'a pu être montré selon si les patients et/ou médecins avaient eu une pratique antérieure au confinement covid-19. Probablement car ils étaient peu nombreux dans ce cas, et si oui, il s'agissait quasi exclusivement de consultations téléphoniques.

Tout cela suggère une bonne adaptation des patients et des médecins à la téléconsultation durant le confinement.

Concernant plus spécifiquement la vidéo, les bénéfices de cette prise en charge semblent préservés et ne pas avoir généré de stress supplémentaire, notamment par crainte que le praticien découvre l'environnement du patient lors de la vidéotransmission par exemple. Le taux de satisfaction globale de la vidéotransmission était bon chez les patients comme chez les médecins l'ayant pratiqué.

La proportion de patients ayant souffert de problèmes techniques est de 40% ce qui est retrouvé dans la littérature (123,124,125,109).

Notre étude bénéficie de certains points forts, à savoir qu'elle traite d'une situation inédite en France, où la téléconsultation représentait le principal si ce n'est le seul moyen de garder un lien constant avec des patients vulnérables et à risque de détresse psychologique en réponse à cette crise sanitaire du Covid-19.

Elle comprend un échantillon non négligeable d'une centaine de patients, sachant qu'habituellement un tiers des études de satisfaction en télémédecine étaient basées sur des échantillons de moins de 20 patients, et seulement 21% avaient des échantillons de plus de 100 patients (110).

Notre étude comprend un très faible nombre de patients ayant refusés d'y participer et un nombre de perdu de vue à zéro du fait de la possibilité de contacter les patients individuellement afin de leur faire passer le questionnaire.

La population de patients de notre étude était diversifiée du fait de l'absence de critères d'inclusion selon la pathologie des patients, d'autre part du fait d'inclure les patients suivis en psychiatrie institutionnelle et libérale. Les patients étaient représentatifs des soins ambulatoires de psychiatrie car ces structures étaient les seules à rester ouvertes durant cette période si particulière.

Comme toute étude, les résultats souffrent de plusieurs limites qui doivent être prises en considération.

D'une part, un biais de sélection par le principal fait que la situation du confinement ne permet aucune autre alternative que la téléconsultation pour les patients et que donc cela représente d'office un risque de sur estimation des résultats.

Certains questionnaires ont été fait passés au téléphone afin de limiter les perdus de vue mais ceci représente un biais d'information. En effet, la présence d'un tiers pouvait induire involontairement les réponses, la formulation des questions pouvaient aussi différer d'un patient à l'autre et donc créer un biais de subjectivité. Egalement, il pouvait exister un biais de sous déclaration des patients en présence d'un intervenant ou à l'inverse de sur déclaration avec tendance aux digressions et aux hors sujets. Ou encore par mauvaise retranscription des réponses du patient par les enquêteurs, qu'il aurait fallu former à la passation des questionnaires.

Il existait un biais de mémorisation du fait que nous interrogeons des patients et médecins au début du mois de juin et ce jusqu'à la mi-août sur des consultations ayant eu lieu 3 mois auparavant. Ce biais était renforcé par la longueur des questionnaires, dont il aurait fallu affiner les questions.

Il aurait également été intéressant de stratifier les groupes patients et psychiatres en fonction du nombre et éventuellement de la durée des consultations car certains patients n'ont bénéficié que d'une seule consultation durant le confinement.

On aurait souhaité également un nombre plus élevé de patients et de psychiatres ayant fait de la vidéoconsultation durant le confinement. Cependant, cela reflète le manque de moyens matériels, organisationnels et financiers disponibles au préalable pour ce type de prise en charge. D'ailleurs, de nombreux articles sont parus sur le sujet, pendant et après la crise sanitaire, et discutent des points forts et faibles en télé médecine durant le confinement (126,127,128) et de « comment appréhender au mieux une seconde vague avec l'aide de la télé médecine » (129,130,131,132,133).

Pour terminer, les modifications du cadre légal (101,102) concernant l'accès de la télé médecine durant la crise sanitaire avec un remboursement par la CPAM de l'ensemble des téléconsultations durant cette période, ainsi le **paiement de la téléconsultation** pourrait introduire un biais dans l'analyse des résultats, certains patients ne pouvant pas faire l'avance des frais pour ce type d'acte.

De toutes les manières, la télé médecine fut au cœur (134) de cette prise en charge ambulatoire en psychiatrie et représentait un outil incontournable de la prise en charge durant la pandémie liée au Covid-19.

CONCLUSION

La pandémie liée au Covid-19 est une catastrophe sanitaire pour laquelle les systèmes de santé ont dû s'adapter rapidement.

Le confinement lié à la pandémie Covid-19 semble avoir un impact majeur sur l'état psychologique des populations confinées, indemnes de troubles psychiatriques ou non.

La télémédecine a joué un rôle phare dans le maintien des soins de psychiatrie en permettant leur continuité chez des patients plus vulnérables et pour lesquels la détresse psychologique consécutive au confinement pouvait être majeure.

Les résultats de notre étude témoignent d'une satisfaction globale ainsi que d'une excellente acceptabilité de la téléconsultation durant cette période éprouvante de restriction des déplacements. Ces résultats étaient partagés aussi bien par les prestataires (psychiatres) que par les usagers du dispositif (patients) ; et ce même si la téléconsultation ne permettait pas de prescrire certains examens courants ou plus spécifiques de la pratique médicale en psychiatrie (impossibilité de substituer certains examens complémentaires comme les examens biologiques ou encore certaines thérapeutiques comme les ECT).

De nombreux critères d'études laissent suggérer une bonne efficacité de la téléconsultation et en particulier la vidéotransmission semblait être considérée comme aussi efficace qu'une consultation en face à face, et ce aussi bien par les patients que les médecins psychiatres.

Certains auteurs suspecteraient même une efficacité de la télémédecine après la levée du confinement par une facilitation de la reprise du suivi psychiatrique en réduisant l'intervalle de temps sans suivi.

Cependant, il persistait encore des points négatifs en ce qui concerne notamment la téléconsultation téléphonique ou encore l'image que certaines personnes pouvaient avoir d'une consultation médicale. Il est encore présent dans les esprits qu'une consultation médicale ne peut se faire autrement qu'en ayant un contact visuel direct avec son médecin. Egalement, certaines personnes n'ont pas suffisamment confiance en elles pour utiliser les nouvelles technologies.

Les enjeux futurs de la télémédecine devront tenir compte de ces obstacles et favoriser l'éducation des patients à la télémédecine, en utilisant si nécessaire les données d'études montrant qu'il s'agit d'une alternative efficace ; en donnant davantage d'explications sur le

fonctionnement d'une téléconsultation et les moyens d'y accéder. En valorisant le rôle de l'aidant par son recours lors de la téléconsultation afin d'élargir les indications de la télémédecine aux personnes plus âgées ou moins à l'aise avec les nouvelles technologies.

Enfin, un élément majeur reste la facilitation de l'accès à la télémédecine en réduisant son cout et qui passe, entre-autre, par une extension de la couverture de remboursement une fois la pandémie contrôlée.

Tous ces éléments étant dans le but de fournir plus de soins pratiques et rentables pour les patients en optimisant les prises en charges.

Du coté des professionnels de santé, il s'agirait que les équipes soient régulièrement formées à cette pratique pour une mise en place rapide et efficiente en situation de crise.

Et enfin, disposer en amont des moyens matériels et organisationnels nécessaires à son déploiement nous permettrait d'être prêt si une nouvelle pandémie infectieuse venait à émerger à nouveau dans le futur.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Déclaration du président de la République française Emmanuel Macron prononcé le 16 mars 2020 - coronavirus confinement municipales | Vie publique.fr Disponible sur <https://www.vie-publique.fr/discours/273933-emmanuel-macron-16-mars-2020-coronavirus-confinement-municipales>
2. Chevance, A., Gourion, D., Hoertel, N., Llorca, P. M., Thomas, P., Bocher, R., ... & Masson, M. (2020). Ensuring mental health care during the SARS-CoV-2 epidemic in France: A narrative review. *L'encephale*, 46(3), 193-201.
3. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
4. HAS Prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques en situation de confinement à leur domicile
RÉPONSES RAPIDES DANS LE CADRE DU COVID 19 - Mis en ligne le 02 avr. 2020
Disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3168631/fr/prise-en-charge-des-patients-souffrant-de-pathologies-psychiatriques-en-situation-de-confinement-a-leur-domicile
5. OMS | Qu'est-ce qu'une pandémie ? Disponible sur https://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/pandemic/fr/
6. Comprendre les trois stades de la lutte contre une pandémie (Source web Service de Santé au Travail Nantaise SSTRN Disponible sur <https://www.sstrn.fr/actualites/comprendre-trois-stades-lutte-contre-pandemie>
Consulté le 09/08/2020
7. Centers for Disease Control and Prevention. Quarantine and isolation. 2017. <https://www.cdc.gov/quarantine/index.html> (accessed Jan 30, 2020).

8. OMS Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) Disponible sur <https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>
9. Xie, M., & Chen, Q. (2020). Insight into 2019 novel coronavirus—an updated intrim review and lessons from SARS-CoV and MERS-CoV. *International Journal of Infectious Diseases*.
10. Cheung, K. S., Hung, I. F., Chan, P. P., Lung, K. C., Tso, E., Liu, R., ... & Yip, C. C. (2020). Gastrointestinal manifestations of SARS-CoV-2 infection and virus load in fecal samples from the Hong Kong cohort and systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*.
11. Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729.
12. Taylor, M. R., Agho, K. E., Stevens, G. J., & Raphael, B. (2008). Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza. *BMC public health*, 8(1), 347.
13. Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging infectious diseases*, 10(7), 1206.
14. Jeong, H., Yim, H. W., Song, Y. J., Ki, M., Min, J. A., Cho, J., & Chae, J. H. (2016). Mental health status of people isolated due to Middle East Respiratory Syndrome. *Epidemiology and health*, 38.

15. Zhang, S. X., Wang, Y., Rauch, A., & Wei, F. (2020). Unprecedented disruption of lives and work: Health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry research*, 112958.
16. Reynolds DL, Garay JR, Deamond SL, Moran MK, Gold W, Styra R. Understanding, compliance and psychological impact of the SARS quarantine experience. *Epidemiol Infect* 2008; 136: 997–1007.
17. McAlonan, G. M., Lee, A. M., Cheung, V., Cheung, C., Tsang, K. W., Sham, P. C., ... & Wong, J. G. (2007). Immediate and sustained psychological impact of an emerging infectious disease outbreak on health care workers. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 52(4), 241-247.
18. Blanc, V., & Gaudriault, P. (2014). Abstinence, ennui et dépendance. *Cliniques*, (1), 52-65.
19. Bai Y, Lin CC, Lin CY, Chen JY, Chue CM, Chou P. Survey of stress reactions among health care workers involved with the SARS outbreak. *Psychiatr Serv* 2004; 55: 1055–57.
20. Desclaux A, Badji D, Ndione AG, Sow K. Accepted monitoring or endured quarantine? Ebola contacts' perceptions in Senegal. *Soc Sci Med* 2017; 178: 38–45.
21. Jung, S. J., & Jun, J. Y. (2020). Mental health and psychological intervention amid COVID-19 outbreak: perspectives from South Korea. *Yonsei medical journal*, 61(4), 271-272.

22. Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2381.
23. Mercer, K. B., & Eastwood, J. D. (2010). Is boredom associated with problem gambling behaviour? It depends on what you mean by 'boredom'. *International Gambling Studies*, 10(1), 91-104.
24. Volkow, N. D. (2020). Collision of the COVID-19 and addiction epidemics.
25. Wu, P., Liu, X., Fang, Y., Fan, B., Fuller, C. J., Guan, Z., ... & Litvak, I. J. (2008). Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol & Alcoholism*, 43(6), 706-712.
26. Altena, E., Micoulaud-Franchi, J. A., Geoffroy, P. A., Sanz-Arigita, E., Bioulac, S., & Philip, P. (2016). The bidirectional relation between emotional reactivity and sleep: From disruption to recovery. *Behavioral neuroscience*, 130(3), 336.
27. Mengin, A., Alle, M., Rolling, J., Ligier, F., Schroder, C., Lalanne, L., ... & Brunault, P. (2020). Conséquences psychopathologiques du confinement. *L'encephale*.
28. Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 112954.
29. Wolz, I., Fagundo, A. B., Treasure, J., & Fernández-Aranda, F. (2015). The processing of food stimuli in abnormal eating: a systematic review of electrophysiology. *European Eating Disorders Review*, 23(4), 251-261.
30. De Matos, M. G., Calmeiro, L., & Da Fonseca, D. (2009). Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. *La presse médicale*, 38(5), 734-739.
DOI : 10.1016/j.lpm.2008.08.015

31. Agostinucci, M., Helias-Pean, A., Andrieu, B., Ossola, F., & Chaumartin, N. (2020). Les enjeux d'une pratique de l'activité physique en psychiatrie face au COVID-19. Retour d'expérience sur une adaptation en temps de confinement. *Recherches & éducatives*, (HS).
32. Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M. & Mead (2013). Exercise for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews.
33. Y. Huang, N. Zhao Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey
34. G. Turecki, D.A. Brent, D. Gunnell, *et al.* Suicide and suicide risk
Nat Rev Dis Primers, 5 (1) (2019), p. 74
35. P.S.F. Yip, Y.T. Cheung, P.H. Chau, *et al.* The impact of epidemic outbreak: the case of severe acute respiratory syndrome (SARS) and suicide among older adults in Hong Kong
Crisis, 31 (2) (2010), pp. 86-92
36. D.M. Fergusson, J.M. Boden, L.J. Horwood, *et al.* Perceptions of distress and positive consequences following exposure to a major disaster amongst a well-studied cohort
Aust N Z J Psychiatry, 49 (4) (2015), pp. 351-359
37. W. Cullen, G. Gulati, B.D. Kelly Mental health in the Covid-19 pandemic
QJM (2020), 10.1093/qjmed/hcaa110
38. I.W.C. Mak, C.M. Chu, P.C. Pan, *et al.* Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors
Gen Hosp Psychiatry, 31 (4) (2009), pp. 318-326

39. M. Panagioti, K. Geraghty, J. Johnson, *et al.* Association between physician burnout and patient safety, professionalism, and patient satisfaction: a systematic review and meta-analysis
JAMA Intern Med, 178 (10) (2018), pp. 1317-1330
40. Z. Wanqing Domestic violence cases surge during COVID-19 epidemic
(2020)
41. Informations sur le dispositif permettant aux femmes de se rendre à une pharmacie afin de dénoncer les violences subies et être prises en charge
Mise à jour le 03/04/2020
Dispo sur <http://www.alpes-maritimes.gouv.fr/Actualites/COVID-19-Point-sur-la-situation-dans-les-Alpes-Maritimes/Coronavirus-Covid-19-dispositif-d-accueil-des-femmes-victimes-de-violences-dans-les-pharmacies>
Consulté le 20/09
42. S. Grassian Psychopathological effects of solitary confinement
Am J Psychiatry, 140 (11) (1983), pp. 1450-1454
43. T.A. Kupers, H. Toch Prison madness: the mental health crisis behind bars and what we must do about it
Jossey-Bass, San Francisco, CA (1999)
44. S.L. Brodsky, F.R. Scogin Inmates in protective custody: first data on emotional effects
Forensic Rep, 1 (4) (1988), pp. 267-280
45. R. Korn The effects of confinement in the high security unit at Lexington
Soc Justice, 15 (31) (1988), pp. 8-19
46. R. Korn Follow-up report on the effects of confinement in the high security unit at Lexington
Soc Justice, 15 (31) (1988), pp. 20-29

47. L.E. Ross, S. Vigod, J. Wishart, *et al.* Barriers and facilitators to primary care for people with mental health and/or substance use issues: a qualitative study
BMC Fam Pract, 16 (2015), p. 135, 10.1186/s12875-015-0353-3
48. W.W. Fleischhacker, M. Cetkovich-Bakmas, M. De Hert, *et al.* Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges
J Clin Psychiatry, 69 (2008), pp. 514-519, 10.4088/jcp.v69n0401
49. E.R. Walker, R.E. McGee, B.G. Druss Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis
JAMA Psychiatry, 72 (2015), pp. 334-341, 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
50. Chang C-K, Hayes RD, Perera G, *et al.* Life expectancy at birth for people with serious mental illness and other major disorders from a secondary mental health care case register in London. PloS One 2011;6:e19590.
51. Zhou F, Yu T, Du R, *et al.* Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020;0.
52. Bocher, R., Jansen, C., Gayet, P., Gorwood, P., & Laprévote, V. (2020). Réactivité et pérennité des soins psychiatriques en France à l'épreuve du COVID-19. *L'encephale*.
53. Ministère des Solidarités et de la Santé : Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie (2020) Disponible sur <https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/recofiche.pdf>
54. Ministère des Solidarités et de la Santé Recommandations applicables à l'organisation des prises en charge en ambulatoire dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche-psy-ambulatoire_covid-19.pdf
55. M. Percudani, M. Corradin, M. Moreno, *et al.* Mental health services in Lombardy during COVID-19 outbreak
Psychiatry Res, 288 (2020), p. 112980, 10.1016/j.psychres.2020.112980
56. Groupe ressource PSY/COVID-19 Conférence nationale des présidents de CME/CHS. Les secteurs de psychiatrie à l'heure de la sortie du confinement (2020)
Disponible sur <https://cme-psy.fr/wp-content/uploads/2020/04/Les-secteurs-de-psychiatrie-à-l-heure-de-la-sortie-du-confinement-290420-vdef.pdf>
57. M. Plaze, D. Attali, A.-C. Petit, *et al.* Repositionnement de la chlorpromazine dans le traitement du COVID-19 : étude reCoVery
Encéphale (2020), 10.1016/j.encep.2020.04.010

58. Gomet, R., Souchet, C., Le Mouellic, M., Maafa, A., Labey, A., Sanou, K., ... & Trabut, J. B. (2020). Coronavirus: l'hospitalisation de jour d'addictologie se réinvente en temps de confinement. *Alcoologie et Addictologie*, 42(1), 54-57.
Consulté le 09/09/2020
59. STOPBLUES <https://www.stopblues.fr/detente/covid-19-aide-signalement>
60. CovidEcoule.org <https://covidcoule.org>
61. Arrêté du 15 mars 2020 complétant l'arrêté du 14 mars 2020 portant diverses mesures relatives à la lutte contre la propagation du virus covid-19
NOR : SSAS2007753A
ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/3/15/SSAS2007753A/jo/texte>
JORF n°0065 du 16 mars 2020
Texte n° 2
62. Javelot, H., Llorca, P. M., Drapier, D., Fakra, E., Hingray, C., Meyer, G., ... & Masson, M. (2020). Informations relatives aux psychotropes et à leurs adaptations éventuelles pour les patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *L'Encéphale*.
63. A. Amad, M. Magnat, C. Quilès, *et al.* Évolution de l'activité d'électro-convulsivothérapie en France depuis le début de la pandémie COVID-19
Encéphale (2020), 10.1016/j.encep.2020.04.004
[in press, online 22 April 2020]
64. L. Samalin, A. Yroni, T. Charpeaud, *et al.* Adherence to treatment guidelines in clinical practice for using electroconvulsive therapy in major depressive episode
J Affect Disord, 264 (2020), pp. 318-323
65. Sauvaget, A., Dumont, R., Bukowski, N., Bonnot, O., Auffret, R., Poulet, E., ... & de Carvalho, W. (2020). Recommandations pour une reprise progressive et contrôlée de l'électroconvulsivothérapie en France en période de levée du confinement et de pandémie COVID-19 liée au SARS-CoV-2. *L'encephale*.
66. HAS Organisation et Coordination des soins : E-Santé Disponible sur
https://www.has-sante.fr/jcms/c_2056029/en/e-sante#toc_1_1 Consulté le 10 Aout 2020
67. Définition de la télémédecine de l'OMS disponible sur https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
68. Légifrance 2009 Définition de la télémédecine disponible sur
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879771
69. HAS Définition de la télémédecine disponible sur https://www.has-sante.fr/jcms/p_3029265/en/coordination-des-soins#toc_1_4_2
70. Lareng L. (1996) Dossier technique : télémédecine. Qu'est-ce que la télémédecine ?
Revue hospitalière de France:53

71. Ministère de la Santé et de la Solidarité : La Télémédecine Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/article/la-telemedecine>
72. American Psychiatric Association Policy on Telepsychiatry Disponible sur <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry>
73. Shore, J. H., Hilty, D. M., & Yellowlees, P. (2007). Emergency management guidelines for telepsychiatry. *General hospital psychiatry*, 29(3), 199-206.
74. Myers, K., & Cain, S. (2008). Practice parameter for telepsychiatry with children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1468-1483.
75. Tallon, E., Pioger, E., Aubert, M., Rathonnie, A., Fulminet, M., Lallé, S., & Quéraux, P. (2019). Maintien des soins psychiatriques du sujet âgé en zone de sous-densité médicale: expérimentation du télétravail médical au sein d'une équipe mobile. *French Journal of Psychiatry*, 1, S158-S159.
76. Desbordes, M., Nebout, S., Grès, H., Guillin, O., & Haouzir, S. (2015). La télémédecine en psychiatrie du sujet âgé: enjeux et perspectives. *NPG Neurologie-Psychiatrie-Gériatrie*, 15(89), 270-273.
77. Québec (Province). Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, Pineau, G., & Caron, L. (2006). *Télesanté: lignes directrices cliniques et normes technologiques en téléadaptation*. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. pages 1-76
78. Godleski, L., Darkins, A., & Lehmann, L. (2003). Telemental health toolkit. *Field Work Group of the Veterans' Health Administration*
79. Grady, B., Myers, K., Nelson, E. L., Belz, N., Bennett, L., & Carnahan, L. (2009). Telemental health standards and guidelines working group. Practice guidelines for videoconferencing-based telemental health. American Telemedicine Association.
80. Dongier, M., Tempier, R., Lalinec-Michaud, M., & Meunier, D. (1986). Telepsychiatry: psychiatric consultation through two-way television. A controlled study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31(1), 32-34.
81. Zundel KM. Telemedicine: history, applications, and impact on librarianship. *Bull. Med. Libr. Assoc.* 1996; 84: 71-79.
82. Murphy RL, Bird KT. Telediagnosis: a new community health resource. Observations on the feasibility of telediagnosis based on 1000 patient transactions. *Am. J. Public Health.* 1974; 64: 113-119.
83. Solow C, Weiss RJ, Bergen BJ, Sanborn CJ. 24-hour psychiatric consultation via TV. *Am. J. Psychiatry.* 1971; 127: 1684-1687.

84. Charlotte Labouré-Faisantieu. La télémedecine en psychiatrie : pratiques et représentations chez les psychiatres normands. Médecine humaine et pathologie. 2019. ffdumas-02499785f
85. Brown FW. Rural telepsychiatry. *Psychiatr. Serv. Wash. DC.* 1998; 49: 963-964.
86. American Psychiatric Association. Telepsychiatry Via Videoconferencing. July 1998.
87. American Psychiatric Association Policy on Telepsychiatry Disponible sur <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/telepsychiatry>
88. Aubret-Cuvelier B. Télémedecine : la fin des territoires, une nouvelle donne. Editions de l'aube. ed. 2002; Datar.
89. Gaglio G, Mathieu-Fritz A. Les pratiques médicales et soignantes à distance. *Reseaux.* 2018; n° 207: 9-24.
90. Stab P. La téléconsultation en psychiatrie, évaluation d'une expérience originale dans le haut pays niçois [Thèse de doctorat en médecine]. 2001;. Louis Pasteur, Strasbourg.
91. Charlotte Labouré-Faisantieu. La télémedecine en psychiatrie : pratiques et représentations chez les psychiatres normands. Médecine humaine et pathologie. 2019. ffdumas-02499785f
92. Saint-André, S., Zalentein, W. N., Robin, D., & Lazartigues, A. (2011). La télépsychiatrie au service de l'autisme. *L'encéphale*, 37(1), 18-24.
93. Mathieu-Fritz, A. (2018). Les téléconsultations en santé mentale. *Reseaux*, (1), 123-164.
94. Projet européen ISLANDS (Integrated System for Long distance psychiatric Assistance and Non-conventional Distributed Health Services) (2005) Service Hospitalo Universitaire de psychiatrie de la martinique (service du Pr A Charles Nicolas) Disponible sur <https://www.reseau-chu.org/article/le-chu-site-pilote-de-telepsychiatrie/>
95. Hanssen, B., Wangberg, S. C., & Gammon, D. (2007). Use of videoconferencing in Norwegian psychiatry. *Journal of telemedicine and telecare*, 13(3), 130-135.
96. McLaren, P. (2004). Telepsychiatry in Europe. *International Psychiatry*, 1(3), 8-10.
97. Mielonen, M. L., Ohinmaa, A., Moring, J., & Isohanni, M. (1998). The use of videoconferencing for telepsychiatry in Finland. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 4(3), 125-131.
98. Généralisation de la teleconsultation le 15 mars 2018 Disponible sur https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier-de-presse_Teleconsultation_12092018.pdf

99. Dossier de presse 12 septembre 2019 Premier anniversaire du remboursement de la téléconsultation Un mode de consultation qui se développe progressivement
Disponible sur
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_1er_anniversaire_du_remboursement_de_la_teleconsultation_sept_2019.pdf
100. Le Parisien Article de Daniel ROSENWEG publié le 18 mars 2020
[https://www.leparisien.fr/societe/sante/confinement-chaque-heure-2000-medecins-se-mettent-a-la-Pour-l-American-Psychiatric-Association-\(APA\)-La-telopsychiatrie-une-des-applicatioteleconsultation-18-03-2020-8283135.php](https://www.leparisien.fr/societe/sante/confinement-chaque-heure-2000-medecins-se-mettent-a-la-Pour-l-American-Psychiatric-Association-(APA)-La-telopsychiatrie-une-des-applicatioteleconsultation-18-03-2020-8283135.php)
101. Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19 NOR : SSAS2006807D
ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2020/3/9/SSAS2006807D/jo/texte>
Alias : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2020/3/9/2020-227/jo/texte>
JORF n°0059 du 10 mars 2020
Texte n° 8
102. AMELI ;Covid-19 : Tout savoir sur la téléconsultation et les actes à distance
Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/actualites/covid-19-tout-savoir-sur-la-teleconsultation-et-les-actes-distance>
103. CASTEX Jean (Premier Ministre),LE MAIRE B,VERAN O,DUSSOPT O
Projet de loi de financement de la sécurité sociale n° 3397 pour 2021
Pdf Disponible sur http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b3397_projet-loi
104. Communiqués de presse du Ministre Olivier Véran le 04/04/2020 Covid-19 et Téléconsultation par téléphone Disponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/teleconsultation-par-telephone>
105. Journal officiel du 6 septembre 2019 : Arrêté du 2 septembre 2019 portant approbation de l'avenant n° 15 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000039050631>
106. Rensis Likert, « *A Technique for the Measurement of Attitudes* », Archives of Psychology, vol. 140, 1932, p. 1–55
107. Maisonneuve, Hubert, et Jean-Pascal Fournier. « Construire une enquête et un questionnaire ». E-respect[] 1, n° 2 (2012): 15.
108. Urness, Doug. « Telepsychiatry and Doctor–Patient Communication: A Tale of Two Interviews », 2003, 5.
109. Fieux, M., Duret, S., Bawazeer, N., Denoix, L., Zaouche, S., & Tringali, S. (2020). Téléconsultation en ORL: enquête de satisfaction en période pandémique COVID-19. *Annales françaises d'Oto-rhino-laryngologie et de Pathologie Cervico-faciale*, 137(4), 236-241.

110. Williams T.L., May C.R., Esmail A. Limitations of patient satisfaction studies in telehealthcare: a systematic review of the literature. *Telemed J E Health*. 2001;7:293–316.
111. J.L. Huston, D.C. Burton Patient satisfaction with multispecialty interactive teleconsultations *J Telemed Telecare*, 3 (1997), pp. 205-208
112. R. Nelson Telemedicine and telehealth: the potential to improve rural access to care *Am J Nurs*, 117 (2017), pp. 17-18
113. Reach, G. (2020). La télémédecine est-elle devenue l’avenir de la médecine de la personne? Réflexions d’un confiné au temps du COVID. *Médecine des Maladies Métaboliques*.
114. G. Demiris, D.P. Oliver, E. Wittenberg-Lyles, *et al.* Use of videophones to deliver a cognitive-behavioural therapy to hospice caregivers *J Telemed Telecare*, 17 (2011), pp. 142-145
115. L.S. Turkstra, M. Quinn-Padron, J.E. Johnson, *et al.* In-person versus telehealth assessment of discourse ability in adults with traumatic brain injury *J Head Trauma Rehabil*, 27 (2012), pp. 424-43
116. Kelly, M. A., & Gormley, G. J. (2020). In, But Out of Touch: Connecting With Patients During the Virtual Visit. *The Annals of Family Medicine*, 18(5), 461-462.
117. Thirthalli, J., Manjunatha, N., & Math, S. B. (2020). Unmask the mind! Importance of video consultations in psychiatry during COVID-19 pandemic. *Schizophrenia Research*.
118. Portnoy, J., Waller, M., & Elliott, T. (2020). Telemedicine in the Era of COVID-19. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 8(5), 1489-1491
119. Pradeau, V., Villacèque, M., & Binon, J. P. (2020). Téléconsultation en cardiologie—le cabinet du cardiologue libéral au temps du COVID-19: enjeux pour l’avenir. *Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux-Pratique*.
120. Odier, B. (2016). L’odyssée des centres médico-psychologiques: penser le futur. *L’information psychiatrique*, 92(7), 527-534.
121. Mobile health apps and recovery after surgery: What are patients willing to do? *Am J Surg*, 214 (2017), pp. 616-622
122. E.Z. Barsom, M. Jansen, P.J. Tanis, *et al.* Video consultation during follow up care: effect on quality of care and patient- and provider attitude in patients with colorectal cancer *Surg Endosc* (2020)

123. A randomized double-blind controlled trial comparing davanloo intensive short-term dynamic psychotherapy as internet-delivered vs treatment as usual for medically unexplained pain: a 6-month pilot study *Psychosomatics*, 57 (2016), pp. 292-300
124. G. Demiris, D.P. Oliver, E. Wittenberg-Lyles, *et al.* Use of videophones to deliver a cognitive-behavioural therapy to hospice caregivers *J Telemed Telecare*, 17 (2011), pp. 142-145
125. L.S. Turkstra, M. Quinn-Padron, J.E. Johnson, *et al.* In-person versus telehealth assessment of discourse ability in adults with traumatic brain injury *J Head Trauma Rehabil*, 27 (2012), pp. 424-432
126. Reiss, A. B., De Leon, J., Dapkins, I. P., Shahin, G., Peltier, M. R., & Goldberg, E. R. (2020). A Telemedicine Approach to Covid-19 Assessment and Triage. *Medicina*, 56(9), 461.
127. Calton B., Abedini N., Fratkin M. Telemedicine in the time of Coronavirus. *J Pain Symptom Manage*. 2020 S0885-3924(20)30170-6.
128. Hollander, J. E., & Carr, B. G. (2020). Virtually perfect? Telemedicine for COVID-19. *New England Journal of Medicine*, 382(18), 1679-1681.
129. Nundy, S., Kaur, M., & Singh, P. (2020, December). Preparing for and responding to Covid-19's 'second hit'. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 4, p. 100461). Elsevier.
130. Lurie, N., & Carr, B. G. (2018). The role of telehealth in the medical response to disasters. *JAMA internal medicine*, 178(6), 745-746.
131. Pappot, N., Taarnhøj, G. A., & Pappot, H. (2020). Telemedicine and e-Health Solutions for COVID-19: Patients' Perspective. *Telemedicine and e-Health*.
132. Wosik, J., Fudim, M., Cameron, B., Gellad, Z. F., Cho, A., Phinney, D., ... & Katz, J. N. (2020). Telehealth Transformation: COVID-19 and the rise of Virtual Care. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(6), 957-962.
133. Retzlaff, K. J. (2020). Lessons Learned From COVID-19 and the New Normal. *Aorn Journal*, 112(3), 212.
134. Mazouri-Karker, S., Sandoval, J., Regard, S., Brailard, O., Guessous, I., & Nehme, M. (2020). Telemedicine at the heart of management of the COVID-19 crisis. *Revue medicale suisse*, 16(706), 1699-1702.

ANNEXES

ANNEXE 1

HAS Prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques en situation de confinement à leur domicile (Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 du 02/04/20)

<p>Réponse rapide n°1 : Maintenir et renforcer l'offre de soins ambulatoires en privilégiant le recours aux prises en charge à distance (vidéotransmission, à défaut par téléphone), tout en maintenant la possibilité de consultations en structures de prise en charge ambulatoire ou en cabinet libéral, de visites à domicile et d'activités individuelles.</p>
<p>Réponse rapide n°2 : Rester vigilant quant au suivi somatique (en incluant l'évaluation régulière d'éventuels symptômes COVID-19) et au contexte social et familial du patient.</p>
<p>Réponse rapide n°3 : Sensibiliser le patient et son entourage à la nécessité du maintien d'une hygiène de vie pendant le confinement, lui rappeler les règles de confinement et l'aider à les respecter.</p>
<p>Réponse rapide n°4 : Faciliter l'accès des patients à leurs traitements (renouvellement d'ordonnances, délivrance de médicaments, transports).</p>
<p>Réponse rapide n°5 : Assurer une permanence téléphonique pour les situations de détresse aiguë au niveau des secteurs de psychiatrie et maintenir l'accès aux urgences psychiatriques.</p>
<p>Réponse rapide n°6 : Assurer une coordination/coopération renforcée, dans le cadre de la prévention de COVID-19 et des conséquences du confinement, entre les acteurs de la psychiatrie, les médecins traitants/médecins généralistes et les autres professionnels impliqués dans la prise en charge et l'accompagnement du patient (infirmiers libéraux, psychologues libéraux et professionnels des secteurs médico-social et social adultes et enfants).</p>
<p>Réponse rapide n°7 : Prendre en compte les spécificités des enfants et adolescents, des personnes âgées ainsi que des patients avec conduites addictives. Pour ces derniers, il convient de rester vigilant aux risques liés à un sevrage forcé.</p>

ANNEXE 2 Questionnaire à destination du patient

Questionnaire à destination du patient

Nous vous remercions d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire concernant votre suivi médical en téléconsultation durant la période de confinement Covid-19. Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre d'une thèse de médecine.

Nombre de questions 20 à 25 items

Avant de répondre au questionnaire, merci de renseigner les informations ci-après :

-HOMME/FEMME

-AGE

-Vous avez vécu en situation de confinement (entourez la mention correspondante) :

- Seul €
- En famille
- Avec un ou des enfants (parent célibataire)
- Avec un ou des colocataires
- Avec un ou des animaux de compagnie
- Autre (précisez) :

-Situation professionnelle durant le confinement :

- Aucun changement
- Télétravail
- Arrêt de l'activité professionnelle
- Sans emploi et/ou à la recherche d'emploi
- Autre (précisez) :

- Moyen de locomotion principal pour aller chez votre psychiatre avant le confinement :

- Véhicule personnel
- Transports en commun
- Covoiturage
- A pieds
- Autre :

- Lieu de vie en confinement (entourez la mention correspondante) :

- Appartement
- Maison individuelle
- Logement social
- Chambre individuelle
- Autre (précisez) :

-Veuillez indiquer si les consultations avec votre médecin ont eu lieu :

- Majoritairement par téléphone (consultation téléphonique standard)
- Majoritairement en vidéo transmission

Questions

- 1) Avez-vous eu le sentiment d'être écouté, rassuré et compris par votre médecin en téléconsultation (vidéo transmission, à défaut téléphone) ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 2) Avez-vous ressenti une inquiétude, un stress, une sensation d'être mal à l'aise pendant la téléconsultation (vidéo transmission, à défaut téléphone) ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 3) Avez-vous pu aborder certains sujets que vous n'auriez pas évoqué lors d'une consultation en face à face ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 4) Vous êtes-vous senti autant investi dans votre suivi en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) qu'en face à face ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 5) Avez-vous eu peur que les transmissions soient piratées (crainte concernant la confidentialité de l'entretien) ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 6) Avez-vous compris les consignes médicales données par votre psychiatre (sur vos symptômes, sur vos traitements et les changements de médicaments s'il y en a eu) de la même façon qu'en consultation en face à face ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 7) Avez-vous eu la sensation d'être plus fatigué qu'après une consultation en face à face ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 8) Votre état de santé (psychique et ou physique) s'est-il aggravé durant le confinement Covid-19 et a pu nécessiter une hospitalisation ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

9) Auriez-vous accepté la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) en dehors de la période de confinement Covid-19 ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

10) Aviez-vous déjà pratiqué la téléconsultation (vidéotransmission ou téléphone) régulièrement en dehors de la période de confinement Covid-19 ? -OUI/NON

Si oui, était est ce comparable avant/pendant le confinement ? (précisez en quelques mots si possible dans la partie commentaires ci-après).

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Commentaires (Précisez) :

11) Seriez-vous d'accord pour poursuivre les entretiens en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) après la fin du confinement Covid-19 ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

12) Etes-vous satisfait de manière générale de votre prise en charge en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) durant la période de confinement Covid-19 ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

13) Si cela est (ou avait été) votre 1^{ère} consultation avec un psychiatre en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) pensez-vous que cela aurait pu vous encourager à consulter plus rapidement ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

14) Pensez-vous que l'efficacité d'un entretien en téléconsultation soit comparable à celui en face à face ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Commentaires (Précisez) :

15) Pensez-vous que la présence d'un soignant (Infirmier ou autre) participant aux entretiens de téléconsultation serait favorable ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Commentaires (Précisez) :

16) Pensez-vous qu'une démonstration de la vidéotransmission, sous forme de tutoriel interactif ou autre, serait nécessaire avant sa mise en pratique ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

17) Si vous avez eu majoritairement des consultations téléphoniques, auriez-vous préféré la vidéotransmission ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

18) Si vous avez eu majoritairement des téléconsultations par vidéo, auriez-vous préféré des consultations téléphoniques simples ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

19) Selon vous, est ce que les autres patients ont pu être satisfaits de la prise en charge en téléconsultation de psychiatrie pendant la période de confinement Covid-19 ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Commentaires :

20) Pourriez-vous recommander ce type de consultation à un proche qui a besoin d'un suivi médical ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

21) Il y a des choses que vous aimeriez améliorer dans cette prise en charge en téléconsultation ? (précisez si possible en commentaires)

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Commentaires :

Ne répondre aux questions suivantes que si vous avez bénéficié d'une ou plusieurs consultations en vidéoconsultation avec le médecin :

22) Etes-vous satisfait de la qualité du son en téléconsultation ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

23) Etes-vous satisfait de la qualité de l'image en téléconsultation ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

24) Avez-vous pu être perturbé par un ou des dysfonctionnement(s) technique(s) lors de la téléconsultation ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

25) Avez-vous pu être perturbé par le fait qu'on puisse voir votre lieu de vie ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Si vous avez des **remarques**, veuillez les inscrire ci-après (pour plus de clarté, merci de préciser le numéro de la question à laquelle vous faites références) :

ANNEXE 3 Questionnaire à destination du médecin psychiatre

Questionnaire à destination du **médecin psychiatre**

Nous vous remercions d'avoir accepté de répondre à ce questionnaire concernant votre pratique médicale en téléconsultation durant la période de confinement Covid-19.
Ce questionnaire a été élaboré dans le cadre d'une thèse de médecine.

Nombre de questions 20 à 25 items

Avant de répondre au questionnaire, merci de renseigner les informations ci-après :

-HOMME/FEMME

-Statut professionnel :

- Médecin psychiatre
- Interne en psychiatrie

-Lieu d'exercice durant le confinement Covid-19 :

- CMP
- Cabinet privé
- Au domicile
- Autres :

- Merci d'indiquer si les consultations avec votre patient ont eu lieu :

- Majoritairement par téléphone (consultation téléphonique standard)
- Majoritairement en vidéotransmission

Questions

- 1) Avez-vous eu le sentiment d'être écouté et/ou compris par votre patient(e) en téléconsultation (vidéo-transmission, à défaut téléphone) de façon similaire à la consultation en face à face ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 2) Avez-vous ressenti une inquiétude, un stress, une sensation d'être mal à l'aise pendant la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone)?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 3) Avez-vous pu aborder certains sujets que vous n'auriez pas évoqué lors d'une consultation en face à face ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 4) Avez-vous eu peur que les transmissions soient piratées (crainte concernant la confidentialité de l'entretien) ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 5) Avez-vous eu le sentiment de passer à côté de certaines informations (ex : comportementales, sensorielles ou autre) durant la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 6) Avez-vous eu la sensation d'être plus fatigué qu'après une consultation en face à face ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 7) Avez-vous restreint votre pratique professionnelle du fait de la téléconsultation (par ex : pas de 1^{er} entretien, temps consacré à l'éducation thérapeutique limité, pas de psychothérapie comportementale etc)

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 8) Avez-vous ressenti une différence sur la place consacrée à votre intuition clinique (par ex : vous posez davantage de questions, vous laissez moins de silence ponctuer l'entretien etc) ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 9) Vous êtes-vous senti autant investi dans des actions contenant lors de la relation psychothérapeutique en téléconsultation ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 10) Avez-vous trouvé la possibilité de prescription médicamenteuse ou de consignes médicales, satisfaisante en téléconsultation ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

- 11) Auriez-vous accepté la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) en dehors de la période de confinement Covid-19 ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

12) Aviez-vous déjà pratiqué la téléconsultation (vidéotransmission ou téléphone) régulièrement en dehors de la période de confinement Covid-19 ? -OUI/NON

Si oui, était est ce comparable avant/pendant le confinement? (précisez en quelques mots si possible dans la partie commentaires ci-après).

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

Commentaires :

13) Pensez-vous poursuivre cette pratique après la fin de la période de confinement ? (Si oui, précisez les circonstances par ex :pour un suivi ponctuel/ pour une consultation d'urgence/ autre)

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

Commentaires :

14) Le taux d'acceptation de la téléconsultation chez vos patients durant le confinement fut-il satisfaisant ? (précisez si possible en commentaires par une estimation et raisons invoquées en cas de refus si elles sont connues)

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

Commentaires :

15) Pensez-vous que l'efficacité d'un entretien en téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) soit comparable à celui en face à face ?

Tout à fait d'accord
D'accord
Ni en désaccord ni d'accord
Pas d'accord
Pas du tout d'accord

16) Pensez-vous que la présence d'un soignant (Infirmier ou autre) participant aux entretiens de téléconsultation serait favorable?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

17) Pensez-vous qu'une formation pédagogique à la pratique de la téléconsultation serait favorable dans les études médicales ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

18) Si vous avez eu majoritairement des consultations téléphoniques, auriez-vous préféré la vidéotransmission ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

19) Si vous avez eu majoritairement des téléconsultations, auriez-vous préféré des consultations téléphoniques simples ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

20) Etes-vous satisfait de manière générale par la téléconsultation (vidéotransmission, à défaut téléphone) ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

21) Il y a des choses que vous aimeriez améliorer dans cette prise en charge en téléconsultation ? (Si Tout à fait d'accord ou d'accord, précisez en commentaires) ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

Commentaires :

Ne répondre aux questions suivantes que si vous avez pratiqué la téléconsultation en vidéotransmission:

22) Etes-vous satisfait de la qualité de l'image ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

23) Etes-vous satisfait de la qualité du son ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

24) Etes-vous satisfait de la fiabilité du système de télétransmission (consultations annulées du fait d'un problème techniques) ?

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

25) Avez-vous eu le sentiment d'accéder à de nouvelles informations durant la vidéo-transmission qui auraient pu vous échapper auparavant?

Tout à fait d'accord

D'accord

Ni en désaccord ni d'accord

Pas d'accord

Pas du tout d'accord

Si vous avez des **remarques**, veuillez les inscrire ci-après (pour plus de clarté, merci de préciser le numéro de la question à laquelle vous faites références) :

RESUME

ETUDE DE SATISFACTION DE LA TELEPSYCHIATRIE DURANT LA PANDEMIE LIEE AU COVID-19 : UNE EXPERIENCE NIÇOISE

Introduction

En 2020, la pandémie liée au COVID-19 (virus SARS-CoV-2) a modifié brutalement nos pratiques médicales en interrompant toutes les consultations présentes dans les hôpitaux et les cabinets de psychiatrie libérale, sauf urgence ou cas particuliers, et ce afin de respecter la mesure de confinement national. De nombreuses études s'accordent à dire que se surajoute à l'effet anxiogène de contamination par l'infection, un impact psychologique du confinement d'une population ; et qui justifie à lui seul une vigilance particulière, aussi bien en population générale que vulnérable, de psychiatrie. Dans ce contexte, la téléconsultation (consultation à distance) était proposée pour permettre la continuité des soins de psychiatrie et éviter un risque de décompensation des troubles ; tout en limitant la propagation du virus en réduisant les déplacements de la population afin de protéger les personnels de santé et les patients.

Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude rétrospective multicentrique non interventionnelle comportant une enquête de satisfaction réalisée par le biais de questionnaires distincts (patient et psychiatre), au sein de plusieurs centres de consultations de psychiatrie à Nice (cabinets de psychiatrie libérale, Centre Médico Psychologiques et consultations de psychiatrie du Centre Hospitalo Universitaire de Nice). La période d'inclusion des patients et médecins ayant téléconsultés durant le confinement s'étendait sur 2 mois et demi. Les téléconsultations comprenaient les consultations par vidéo-transmission ainsi que les consultations téléphoniques simples. Concernant l'analyse statistique, une valeur de $p \leq 0,005$ était considérée statistiquement significative. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le taux de satisfaction des patients et psychiatres à la suite d'une téléconsultation en psychiatrie réalisée dans un contexte de confinement mondial lié à la pandémie de COVID-19. Les objectifs secondaires étaient de savoir si la télémédecine représentait une alternative acceptable pour les patients et psychiatres et avait une efficacité comparable à la consultation en face à face. Enfin, nous nous sommes demandé si ces différents critères de satisfaction, d'acceptabilité ou d'efficacité dépendaient : du type de consultation en télémédecine (vidéo-transmission ou téléphone) ; du

type de suivi (psychiatrie libérale ou institutionnelle) ; des caractéristiques socio démographiques des patients etc

Résultats

Une centaine de patients ont participé à notre étude, ainsi qu'une vingtaine de psychiatres. Le taux de satisfaction globale était de 94 % chez les patients et meilleur chez patients suivis en psychiatrie libérale. Le taux de satisfaction globale était de 40% chez les psychiatres, et cette différence était significative pouvant s'expliquer par des consultations ressenties comme plus éprouvantes par les psychiatres que par les patients. L'acceptabilité était excellente dans les deux groupes : 75% des patients se déclaraient tout à fait à l'aise durant la téléconsultation et 63% pouvaient s'exprimer librement de la même façon qu'en face à face. Plus de 50% de patients et de médecins déclaraient qu'ils auraient accepté ce type de prise en charge en dehors de ces circonstances et plus de 40% seraient prêts à poursuivre sur ce mode de consultation dans l'avenir. Certaines limitations demeuraient, notamment pour la prescription thérapeutique ou d'exams complémentaires ou spécifiques. Mais également, et plus particulièrement chez les patients, des réticences fondées sur des croyances culturelles sur le bon déroulement d'une consultation médicale. La vidéotransmission semblait plus efficace pour plus de 50% des médecins et des patients que les consultations téléphoniques. De même qu'elle semblait d'efficacité équivalente à une consultation en face à face pour les médecins et les patients ayant pu la pratiquer. Une meilleure satisfaction et un sentiment d'efficacité équivalente de la prise en charge ambulatoire en télémédecine était retrouvés chez les patients et psychiatres libéraux.

Conclusion

La téléconsultation a été satisfaisante et bien accueillie par les patients et psychiatres dans le cadre du suivi ambulatoire de psychiatrie durant la pandémie Covid-19. Elle représentait un moyen tout à fait acceptable et efficace (surtout en vidéotransmission) de maintenir la continuité des soins médicaux et limiter ainsi le risque de décompensation des troubles psychiatriques majoré par l'impact global du confinement. Les moyens matériels, organisationnels et financiers (modalités de remboursement) nécessaires au déploiement de la téléconsultation doivent être optimisés ; ainsi qu'une meilleure sensibilisation et formation des usagers à cette pratique. Tout cela dans l'optique d'une meilleure gestion de crise sanitaire et de prévention d'une nouvelle pandémie dans le futur.

Mots clés : Télémédecine, téléconsultation, pandémie Covid-19, psychiatrie, confinement, impact psychologique, satisfaction , efficacité, acceptabilité, vidéotransmission, psychiatrie libérale et institutionnelle