

Le travail téléphonique avec les patient.e.s dans les établissements publics de santé mentale du GHT Psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais pendant la crise sanitaire de 2020

SEPTEMBRE 2021

Les auteur.es

Corentin Pilet, étudiant en sociologie, stagiaire¹

Laurent Plancke, responsable de l'observatoire régional de la psychiatrie et de la santé mentale¹

Alina Amariei, chargée d'études¹

Contributeurs

D^r Philippe Paradis, médecin responsable du Département d'information médicale (Dim) de territoire²

Guillaume Demazière, technicien de l'information médicale²

D^r Camille Vincent, médecin de santé publique^{1,2}

Extraction des données et constitution des bases d'études

Guillaume Demazière²

Autres membres du comité de pilotage

D^r Michaël Hénon²

Solange Brisbout²

Directeur

D^r Maxime Bubrovsky¹

Composition couvertures

Sophie Loridan¹

1. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France
2. Groupement hospitalier de territoire psychiatrie Nord - Pas-de-Calais

Remerciements

Les auteur.es remercient l'ensemble des professionnel.les qui nous ont accordé un entretien

« Ma conclusion c'est que c'est mieux que rien, mais ... c'est quand même assez difficile. »

(Dr. W, psychiatre)

Table des matières

Introduction.....	7
1. Retour historique sur la télémédecine et la télépsychiatrie	9
2. Le Covid et la télépsychiatrie	10
3. Présentation du terrain d'enquête	12
Méthodologie d'enquête.....	12
1. Cadrage statistique sur le travail téléphonique	12
2. Entretiens semi-directifs	13
3. Présentation des enquêtes.....	13
Résultats d'enquête.....	14
1. Une nouvelle modalité de l'offre de soin psychiatrique.....	14
a. Statistiques d'utilisations du téléphone.....	15
b. Une réorganisation subite	17
c. Une différence de regard sur l'emploi du téléphone.....	18
d. La plateforme Prédice	19
2. Quelques avantages relatifs au contexte	22
a. Le contexte sanitaire important.....	23
b. Un renouveau dans l'accès au soin.....	24
c. Réduction de l'isolement de la patientèle	25
3. Un entretien d'un nouveau genre	26
a. Un langage non verbal imperceptible	27
b. Le rituel de l'entretien transformé.....	28
c. Perte de la valeur de l'entretien.....	31
Discussion	32
Conclusion.....	34
Bibliographie.....	35
Annexes.....	36
Présentation des études GHT psy et Covid 2020	36
Guide d'entretien employé	37

Introduction

L'année 2019 a été marquée par l'arrivée du Covid19 en Chine, puis sa propagation jusqu'en France au début de l'année 2020 entraînant des mesures sanitaires sans précédent dans le pays, notamment le confinement généralisé de la population du 17 mars au 11 mai 2020 restreignant les contacts humains et les déplacements au strict nécessaire pendant une durée de 8 semaines (1). Ce confinement a entraîné un véritable bouleversement de la vie sociale, professionnelle, familiale de l'ensemble de la population française. Le milieu hospitalier a fortement été touché par l'arrivée de ce virus, en premier lieu car les hôpitaux et leurs services d'urgence (2) ont vite été débordés par le nombre accru d'individus touchés par le virus, et en second lieu car l'ensemble des services de soins ont dû se réorganiser rapidement pour réduire la propagation du virus. L'offre de soin a donc été complètement bouleversée. Une étude menée par Epi-Phare sur l'usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19 en fin 2020 nous explique que « *au-delà des cas de Covid-19, de nombreux patients traités habituellement pour une ou plusieurs maladies chroniques ont été confrontés dès le début de l'épidémie à des difficultés - ou des peurs de contamination - pour accéder au système de soins, particulièrement dans la phase initiale.* », c'est en sens que l'étude nous décrit qu'ils ont observé durant le premier confinement une diminution de l'ordre de 40% des actes en médecine générale et de 70% en médecine de spécialité. Et ce malgré la mise en place de téléconsultation (1).

Le domaine psychiatrique a été touché par cette réorganisation subite liée à la propagation du virus, les nouvelles réglementations sanitaires arrivent au fur et à mesure, comme le montre le tableau suivant relatant chronologiquement l'avancée des mesures sanitaires générales et plus spécifiques sur les services de psychiatrie.

Tableau 1 Mesures gouvernementales appliquées dans le cadre de l'épidémie de Covid-19 en psychiatrie et en population générale. 2020 (Tableau construit à partir des consignes/recommandations/décrets publiés par le Ministère de la Solidarité et de la Santé)

Ce tableau a été rédigé par Maxime Salehein (2).

Date	Publication	Décisions particulières
17 mars 2020	Mesures de confinement	Déplacements interdits sauf activités soumises à attestation : premières nécessités, consultations médicales, trajets professionnels quand le télétravail est impossible
22 mars 2020	Consignes et recommandations applicables à l'organisation des prises en charge dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie	Renforcement de la capacité de réponse en ambulatoire, en individuel, et en téléconsultation : • Maintien de l'ouverture des CMP en privilégiant l'accueil téléphonique et la téléconsultation, en présentiel en dernier cours pour réduire la sollicitation des services d'urgence • Fermeture privilégiée des HDJ en maintenant uniquement les consultations ambulatoires en individuel • Suspension des prises en charge de groupe, des activités et fermeture des ateliers thérapeutiques et des CATTP • Interruption des séjours hospitaliers dès lors qu'il est possible d'organiser le suivi du patient en ambulatoire Aménagements en hospitalisation complète : • Chambres individuelles à privilégier • Visite des familles et proches interdites, sauf avis médical contraire • Fermeture des cafétérias, relais H et maisons des usagers • Sorties définitives et autorisations de sortie de courte durée non autorisées

Date	Publication	Décisions particulières
2 avril 2020	Recommandations applicables à l'organisation des prises en charge ambulatoire dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie	• Envisager une unité d'hospitalisation en psychiatrie réservée aux personnes confinées, une unité mixte et le transfert en MCO (signes critiques) Mise en place d'un dispositif de suivi de la file active et des mesures différenciées : • Rappel téléphonique de tous les patients de la file active • Éducation aux gestes barrière • Coordination entre les professionnels : médecins généralistes, psychiatres libéraux, acteurs sociaux et médico-sociaux • Accueil ambulatoire en présentiel pour les personnes à risque ou ayant des difficultés de communication • Visite à domicile pour les personnes pour lesquelles un soutien à distance serait insuffisant et qui ne peuvent se déplacer Incitation au soutien aux soignants et aux aidants, notamment à travers des dispositifs spécifiques en matière de handicap neuro-développementaux
11 mai 2020	Mesures de déconfinement	Réouverture des écoles élémentaires, maternelles, crèches, commerces)
12 mai 2020	Recommandations applicables en phase de déconfinement à l'organisation des prises en charge en psychiatrie et en addictologie	Reprise progressive des activités suspendues et organisation du suivi présentiel (consultations et activités en HDJ, CATTP, équipes mobiles) en individuel et en petits groupes (gestes barrières, désinfection du matériel, horaires aménagés)
2 juin 2020	Mesures de déconfinement (phase 2) différenciées selon le département Recommandations applicables en phase de déconfinement à l'organisation des prises en charge en psychiatrie et en addictologie	Levée des restrictions concernant les déplacements et les lieux de vie social, culturelle et sportive Redéfinir l'admission, les visites et les permissions : • Réinterroger les pratiques de restriction de la liberté d'aller et venir mises en place durant le confinement • Réinstaurer le plus rapidement possible les visites, notamment pour les hospitalisations de longue durée • Autorisation des sorties dans les enceintes des établissements et à l'extérieur, en petits groupes avec un personnel soignant • Autorisation des permissions
14 juin 2020	Fin des mesures de déconfinement	

On peut observer dans le précédent tableau le caractère progressif des mesures mises en place par le gouvernement et ses services pour réorganiser le fonctionnement du milieu psychiatrique. Ce qui nous intéresse dans ce rapport c'est « *l'accueil téléphonique et la téléconsultation* » préconisé pour continuer à garantir une offre de soin pour la patientèle. On nommera dans ce travail télépsychiatrie tout acte de soin psychiatrique réalisé par téléphone ou par téléconsultation. Pour Massé et al., la télépsychiatrie serait « *l'application de la télé médecine à la psychiatrie* » (3). La crise sanitaire de 2020 a placé au premier plan le travail téléphonique. Le recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) est mis en place en 2007 dans l'ensemble des établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie. Son objectif principal est de décrire l'activité des services de psychiatrie, ambulatoire et en séjour. En France, dans une circulaire en date du 11 mai 2020 l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fait évoluer les consignes de codage de l'activité ambulatoire par les personnels des services de psychiatrie dans le Rim-P. Un champ spécifique voit le jour permettant de décrire le contexte de l'acte : en présentiel, par téléphone ou par téléconsultation.

Une enquête menée par la Fédération de recherche en santé mentale et psychiatrie des Hauts-de-France va en apprendre davantage sur la mise en place du travail téléphonique dans les quatre Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM) du Groupement Hospitalier Territorial Psychiatrique (GHT Psy) du Nord - Pas-de-Calais depuis le premier confinement de mars à mai 2020. Les psychiatres ont dû adopter un nouvel outil, dont certains n'en connaissaient pas l'usage à vocation professionnelle. Cette étude s'inscrit dans un projet regroupant deux études, celle sur le

travail téléphonique ainsi que celle réalisée par Maxime Salehein, étudiant en sociologie et élève-ingénieur, stagiaire à la Fédération sur les impacts de l'épidémie de Covid-19 sur le recours aux soins des établissements du GHT Psy Nord - Pas-de-Calais en 2020 (3).

1. Retour historique sur la télémedecine et la télépsychiatrie

À notre connaissance il n'existe pas de travaux spécifiques sur l'utilisation du téléphone en psychiatrie clinique. Cependant un bon nombre d'études décrivent l'utilisation du téléphone dans le cadre d'une relation d'aide et d'écoute, employé depuis les années 60 en France par différents services ; il s'agit d'appels entrants en général, mais également d'appels sortants (professionnels à usagers) dans le cas des services de recontact téléphonique de personnes après leur tentative de suicide comme Vigilans, dispositif créé en 2015 dans le Nord - Pas-de-Calais au CHU de Lille ayant comme objectif de diminuer la récurrence suicidaire. Dans son article de 2018, Luong (4) écrit : *« Le téléphone est inventé en 1876, et dès 1905 s'ouvre une première ligne de prévention du suicide à New York et à Los Angeles. En 1948, un premier service d'accueil en face à face et par téléphone se met en place à Vienne. Par la suite, des permanences téléphoniques se répandront partout en Europe (pour exemple, les Samaritains en 1963 à Londres, SOS Amitié en 1960 à Paris), augmentant très rapidement leurs infrastructures (nombre de lignes, nombre de professionnels) au fur et à mesure que le nombre d'appels croît (50 000 pour SOS Amitié en 1967, 100 000 en 1974). Ces services téléphoniques investiront le champ du social, en diversifiant leurs offres d'aide et en se spécialisant (SOS Amitié, Addictions, Inter Service Parents, SOS Sida...). Ce déploiement s'accélérera dans les années 1980, sous l'impulsion et le financement budgétaire des pouvoirs publics, avec par exemple la généralisation en 1986 des numéros SOS Sida et des services de prévention de l'enfance maltraitée en Europe »*. Cette citation résume efficacement l'existence et l'utilisation du téléphone comme service d'accueil ou de prévention.

La télépsychiatrie est discutée depuis une vingtaine d'années dans le monde de la médecine et plus spécifiquement en psychiatrie. L'OMS définit la télémedecine comme *« un terme composite qui désigne les activités, services et systèmes liés à la santé, pratiqués à distance au moyen des technologies de l'information et de la communication, pour des besoins planétaires de promotion de la santé, des soins et du contrôle des épidémies, de gestion et de recherche appliquées à la santé »* (3). D'après Massé la télémedecine aurait été reconnue aux alentours de 1980 ; cependant des échanges en visio-conférence auraient eu cours en 1965 et 1973 entre les Etats-Unis et la Suisse (3). En 2018, Luong défend la nécessité de digitaliser l'offre de soin psychiatrique. Selon lui *« La psychiatrie a toujours voulu rester la fille sage de la médecine »* (4) dans le sens où la télémedecine se développe, ce qui est moins le cas dans le domaine psychiatrique. Il évoque de plus la possibilité du travail téléphonique : *« Mais déjà un entretien dispensé aujourd'hui par téléphone au malade n'est pas considéré comme un acte soignant du fait du non-usage technologique et matériel qui atteste la preuve du contenu. »* (4).

2. Le Covid et la télépsychiatrie

La télépsychiatrie a été adoptée à travers le monde lors de cette crise sanitaire (5-8), comme une réponse immédiate au caractère soudain des mesures prise par les états. On verra l'exemple de la France, de Singapour mais aussi des Etats-Unis et on évoquera les différents enjeux observés à travers le globe quant à la thématique de la télépsychiatrie lors de la crise sanitaire. Le premier qui revient dans la quasi-totalité des textes étudiés (5-8), est le caractère obligatoire de sa mise en place, dans le sens où, pour réduire les risques liés à la propagation du virus, les établissements ont directement adopté cet outil, non pas par choix, mais par nécessité. Dans certains cas cette mise en place subite a suscité un intérêt particulier, tout d'abord pour prévenir la diffusion du virus mais aussi car son usage pourrait avoir une efficacité particulière. En effet « *l'adoption rapide de la télépsychiatrie par les hôpitaux pourrait permettre d'améliorer la dotation en personnel, la sécurité des patients et du personnel, le lien social et la réactivité en temps réel* » (6) [traduction par nos soins]. Par dotation en personnel il faut entendre ici qu'un psychiatre par exemple aurait la possibilité de travailler sur deux établissements différents depuis le même lieu. Une étude récente, aux Etats-Unis, portant sur 164 psychologues a révélé que si 74% de l'échantillon considéraient la téléconsultation comme un moyen d'intervention utile, seuls 26% l'avaient effectivement utilisée (7). Cependant comme il a été dit, la pandémie a forcé les professionnels en santé mentale à utiliser cet outil. On va maintenant exposer les principaux avantages, puis les principales limites à cet outil que l'on trouve dans la littérature existante sur ce sujet.

Voici les avantages soulignés dans trois articles (5,7,8) :

1. Le premier est le fait de protéger les patient.e.s et dans le même temps les professionnels de santé. C'est aussi une des principales motivations à la mise en place de la télépsychiatrie. La réduction du risque de contamination semble donc essentielle. À Singapour à travers l'exemple d'un cas clinique dans un hôpital pour femmes et enfants, Poon et al. mettent en avant les côtés pratiques de la télépsychiatrie. Un patient de 13 ans présente depuis 2019 des symptômes de psychose (hallucinations auditives, pouvoirs spéciaux ou dédoublement de la personnalité). L'arrivée du Covid-19 dans son pays a généré chez lui de nouvelles anxiétés, et il avait peur de contracter le virus en se rendant à l'hôpital pour suivre ses rendez-vous. La téléconsultation a été pour lui une véritable opportunité de continuer à être suivi tout en se protégeant lui-même (8).
2. Le deuxième intérêt souligné est le gain de productivité des services de psychiatrie. Pour Chen et al. (7) elle serait accrue « *grâce à la diminution des déplacements, la facilitation de la prise de rendez-vous* » mais aussi par « *l'amélioration pour le soignant de la compréhension de la dynamique familiale et du foyer du patient* ». C'est-à-dire que le soignant pourrait visualiser plus facilement l'environnement dans lequel vit son patient.
3. Le troisième est l'amélioration de l'accès au soin pour les patient.e.s souffrant de pathologies qui freinent leur mobilité ; l'élimination de l'obligation de se rendre

physiquement dans un service de santé mentale réduit ainsi l'exposition aux attitudes et croyances stigmatisantes des autres (7).

4. Le quatrième est la réduction de l'isolement que peuvent connaître certains patient.e.s avec le confinement. Une étude française sur la mise en place de la visio-consultation dans une maison des adolescents (MDA) à Paris soulève cet aspect de réduction de l'isolement en expliquant que la télépsychiatrie « *a permis d'apporter un support réel médical, infirmier et psychologique* » (5) à la patientèle isolée.
5. Le dernier avantage, souligné par l'étude française en MDA, (5) concerne les jeunes, très familiers et grands utilisateurs des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Cependant, la littérature étudiée (5,7,8) souligne également des inconvénients :

1. La première limite la plus significative est que le langage non verbal n'est pas perceptible par le professionnel, qui ne voit pas le patient quand il échange avec lui. Celui-ci est pourtant essentiel dans certaines thérapies, et la télépsychiatrie ne permet pas d'en saisir certains aspects comme les changements de ton, le regard ou encore les affects (7). (Cependant dans l'étude française sur la MDA où des entretiens en visio-consultation ont été adoptés la question du langage corporel n'apparaît pas comme une limite ou un inconvénient, comme si l'outil vidéo permettait d'avoir plus facilement accès au langage non verbal.)
2. Le second élément est celui de la difficulté à émettre un diagnostic précis suite à un entretien avec un patient en télépsychiatrie ; l'effort du médecin doit être plus important pour tirer des conclusions quant aux pathologies du patient (7).
3. Ensuite c'est le sentiment d'intimité qui est décrit comme une limite au travail en télépsychiatrie. Premièrement celle que procure usuellement un entretien dans un lieu fermé et prévu à cet effet, comme le cabinet du médecin. Mais aussi celle du patient qui réalise l'entretien depuis son domicile et peut donc dévoiler une intimité à son soignant qu'il ne désire pas toujours (5,7).
4. D'autre part il est expliqué que la télépsychiatrie peut exacerber les disparités d'accès à la technologie qui permet l'entretien téléphone ou visio (7). En effet les patient.e.s qui n'auraient pas accès au moyen de communication nécessaire pour réaliser un entretien téléphonique mais surtout en téléconsultation se verraient dans l'incapacité de pouvoir être suivis.
5. Enfin, le manque de formation des professionnels de santé mais aussi des patient.e.s à l'usage de la visioconférence qui est décrit comme une des principales limites de la télépsychiatrie. Effectivement si certains établissements, certains soignants, ont réussi à adapter l'offre de soin, d'autres ont rencontré plus de difficultés.

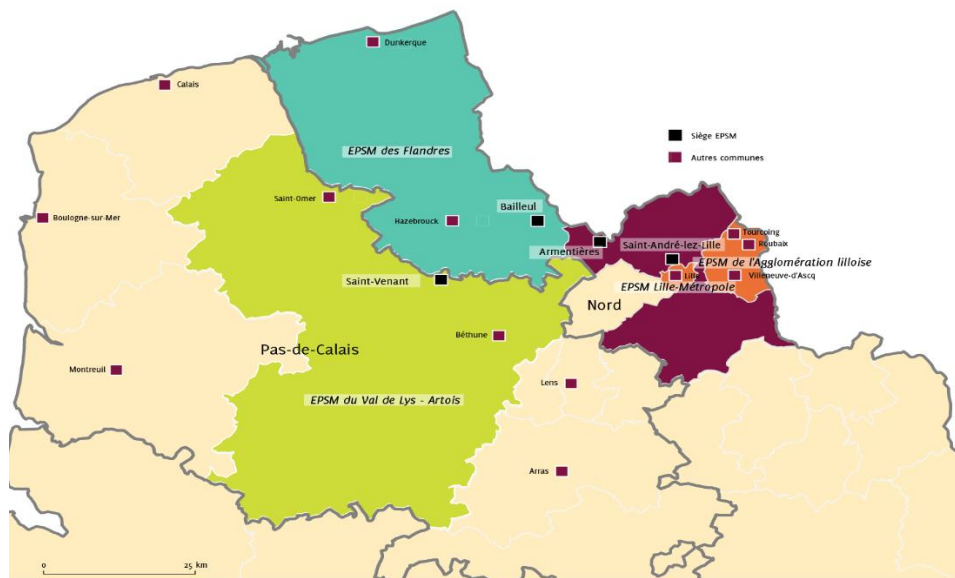
Le caractère inédit de la situation et l'absence d'étude, à notre connaissance, sur l'usage du téléphone par des équipes de soins nous a amenés à en réaliser une étude qualitative avec un cadrage quantitatif sur ce sujet spécifiquement.

3. Présentation du terrain d'enquête

L'étude menée a été décidée conjointement par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France et le GHT de Psychiatrie du Nord - Pas-de-Calais qui regroupe quatre Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM) de ces 2 départements, à savoir :

- [l'EPSM Lille-Métropole](#) à Armentières
- [l'EPSM des Flandres](#) à Bailleul
- [l'EPSM de l'agglomération lilloise](#) à Saint-André-Lez-Lille
- [l'EPSM Val-de-Lys-Artois](#) à Saint Venant

Carte 1. Siège et territoire couverts (pour la psychiatrie adulte) des 4 EPSM constituant le GHT Psychiatrie Nord - Pas-de-Calais.



L'enquête concerne des professionnels travaillant dans des secteurs couverts le GHT de psychiatrie ; elle ne couvre pas les professionnels de santé mentale libéraux, des cliniques privées ou du secteur médico-social.

La population du territoire couvert par le GHT s'élève à près de 2 millions d'habitants en 2017, dont environ 1,5 million âgés de 17 ans et plus alors qu'environ 90 000 patient.e.s sont pris en charge par le GHT (9).

Méthodologie d'enquête

1. Cadrage statistique sur le travail téléphonique

L'activité ambulatoire des services de psychiatrie est décomposée en actes, temps consacrés à un patient (en sa présence, individuellement, au cours d'une activité thérapeutique de groupe,

d'une réunion ...) par les médecins, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux ... des services. Elle peut se dérouler en Centre médicopsychologique (CMP), en Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), à domicile, aux urgences ... Cette activité est enregistrée dans une des bases du Recueil d'informations médicalisé en Psychiatrie (Rim-P), recueil obligatoire géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Suivant les consignes de l'ATIH diffusées en mars 2021, le Département d'information médicale (Dim) du GHT a invité l'ensemble des services à employer un nouveau code (T) pour qualifier les actes menés au téléphone ; les données d'activité ambulatoire de 3 des 4 établissements nous ont été communiquées et nous ont permis de calculer, en 2019 et 2020, le nombre mensuel général d'actes réalisés dont celui des actes par téléphone. La part mensuelle des actes réalisés par ce moyen a été calculée.

2. Entretiens semi-directifs

Pour recueillir des informations relatives à l'utilisation du téléphone par des professionnels de santé en psychiatrie lors d'entretiens cliniques nous avons décidé de mener des entretiens semi-directifs, ces « *improvisations réglées* » (9), avec les professionnel.le.s. Il nous semblait fructueux d'entendre et de comprendre le discours que les individu.e.s ciblé.e.s formulaient concernant leurs propres pratiques. L'apport de l'entretien semi-directif pour une enquête qualitative réside dans la description précise d'une pratique, ici professionnelle. En sociologie pour alimenter la réflexion sur un sujet d'étude il faut emmagasiner du matériel concret, c'est-à-dire des éléments de la pratique des individus interrogés.

3. Présentation des enquêt.e.s

Cette étude s'appuie sur huit entretiens avec neuf professionnels de trois des EPSM du GHT : deux pour le premier, quatre pour le second et enfin deux pour le dernier. Malgré de nombreuses relances aucun professionnel d'un des EPSM n'a répondu positivement à la demande d'entretien. La prospection pour obtenir des entretiens s'est déroulée de manière officielle, avec le comité de pilotage du GHT et de la Fédération nous avons rédigé une « Fiche Etude » (

Annexe, p 36) qui a été envoyée à différents professionnels recommandés par la Fédération et le GHT. Les huit entretiens ont été réalisés entre le mois d'avril et le mois de juillet 2021. Nous avons mené ces entretiens avec cinq psychiatres, trois cadres de santé et une infirmière. Les données personnelles et professionnelles des neuf enquêté.e.s ont été entièrement anonymisées pour qu'ils ne puissent être reconnus. Voici la liste chronologique des neuf personnes interrogées :

- Dr Valérie W., psychiatre
- Dr Jérôme T., psychiatre
- Madame Stéphanie E., infirmière
- Dr Julie L., psychiatre
- Madame Sylvie J., cadre supérieure de santé
- Monsieur Christophe H., cadre supérieur de santé
- Madame Elise O., cadre de santé
- Dr Louis V., psychiatre
- Dr Mathieu S., psychiatre

Ces neuf professionnels ont été interviewés par Maxime Salehein, autre étudiant en sociologie et stagiaire à la F2RSM Psy, et moi-même. La Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie, ainsi que le GHT Psy Nord - Pas-de-Calais les remercient pour leur confiance ainsi que la véracité des informations qu'ils ont bien voulu nous confier.

Résultats d'enquête

En premier lieu nous présenterons la mise en place de ce nouveau mode de travail, dans un second temps nous exposerons les avantages qu'il a pu présenter et, pour finir, les principales limites qui ont été décrites par les professionnels interviewés. La finalité de l'exposition de ces résultats, le point principal est la création d'un nouveau genre d'entretien.

1. Une nouvelle modalité de l'offre de soin psychiatrique, le téléphone

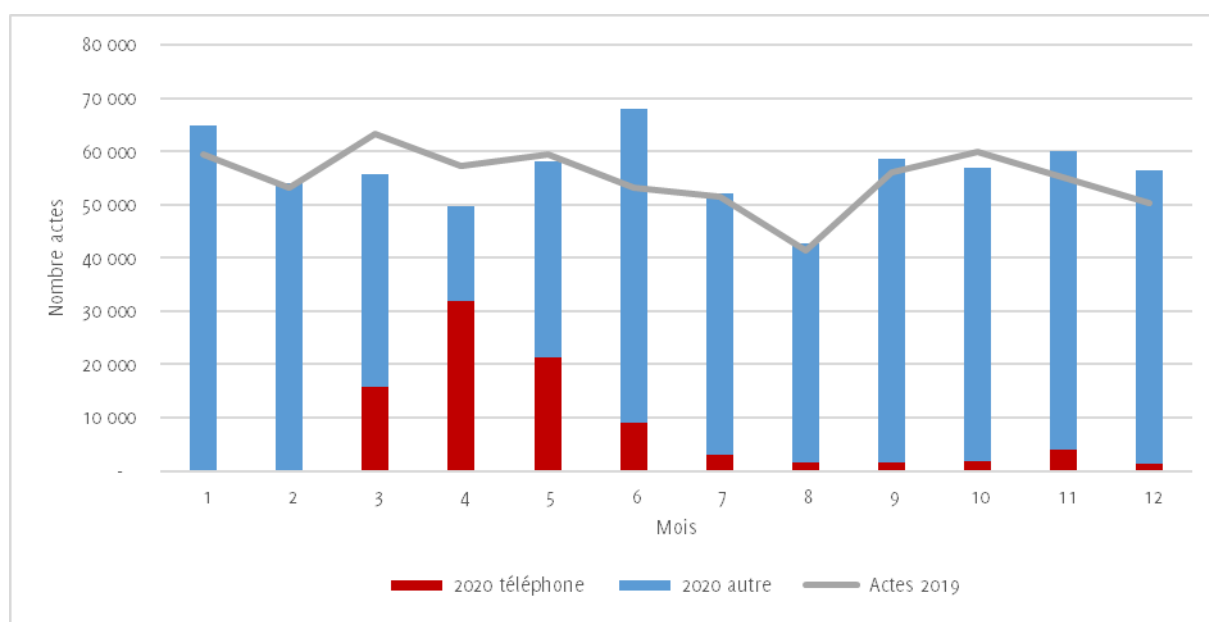
Comme il a été expliqué dans l'introduction, l'entretien téléphonique s'est vu reconnaître comme pratique professionnelle légitime (et indiquée dans le contexte pandémique) et affecté d'un code spécifique dans le Rim-P, qui ne prévoyait jusqu'alors que des entretiens en tête-à-tête lorsque le.a patient.e échangeait avec un.e professionnel.le. Il a été préconisé pour que les patient.e.s non hospitalisés ou sortis d'hospitalisation continuent à être suivis. Nous allons exprimer dans les parties suivantes comment il a été mis en place, et comment il a été reçu par les équipes de professionnels. Pour finir nous expliquerons en quoi la plateforme Prédice, système de visio-conférence mis en place

par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France et proposé à toutes les spécialités médicales¹, n'a pas pu être effective dans les services concernés par l'étude.

a. Statistiques d'utilisations du téléphone en 2020

Sur les 677 268 actes ambulatoires enregistrés par 3 des 4 EPSM du GHT en 2020, 91 393 ont eu lieu au téléphone, soit 13,5% d'entre eux. Le nombre d'actes est plus élevé en 2020 qu'en 2019 (659 498, +2,7%).

Figure 1. Nombre d'actes avec part de téléphone en 2020 comparé avec le nombre d'actes 2019 (Chiffre de trois établissements seulement, LM, FL et AL)

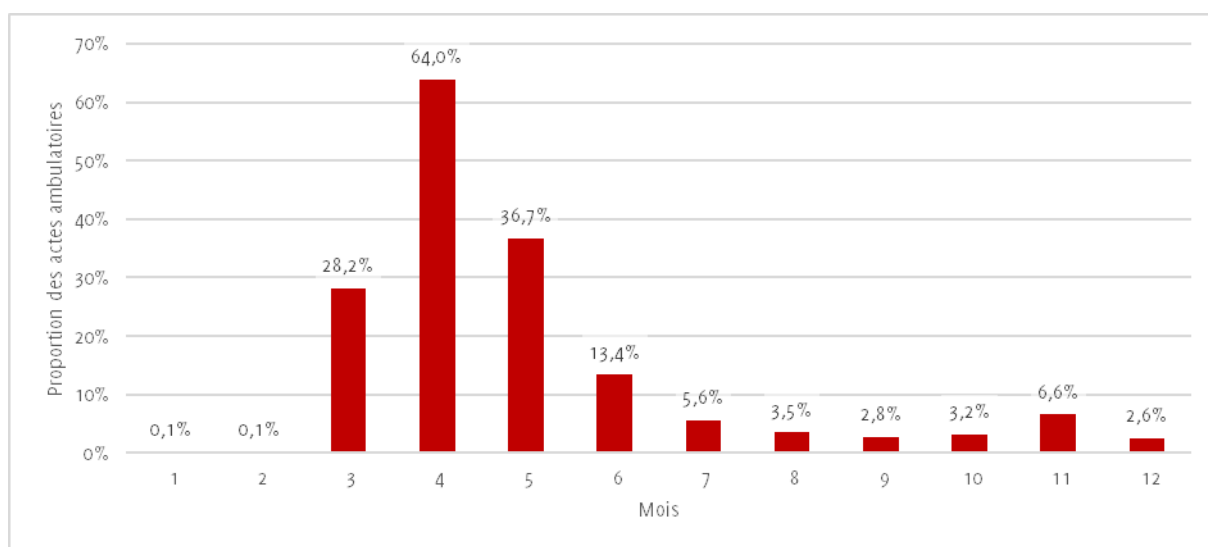


Cette première figure compare le nombre d'actes de l'année 2019 avec ceux de 2020, en distinguant, pour 2020, les actes réalisés par téléphone et les autres. On observe distinctement une forte baisse comparée à 2019 des actes au mois de mars (premier mois de confinement) et au mois d'avril (second mois de confinement). La part d'actes téléphoniques est la plus importante au mois d'avril, ce même mois où le nombre d'actes durant la période du premier confinement. Le confinement ayant commencé le 17 mars 2020, on peut penser que la part d'actes durant la première moitié du mois de mars est plus importante que celle de la deuxième si l'on se réfère à la baisse d'actes sur le mois d'avril. Ensuite le second résultat est la forte augmentation du nombre d'actes au mois de juin (mois du déconfinement) mais une forte baisse du nombre d'actes téléphoniques, le travail en présentiel au déconfinement est revenu au premier plan laissant le travail téléphonique s'amoinrir. Progressivement, ensuite le nombre d'actes téléphoniques est devenu de moins en moins important, quasi inexistant, malgré une légère hausse en novembre 2020, mois du second confinement national. Ce graphique permet de montrer l'apparition de la variable téléphone dans les actes ambulatoires en psychiatrie à partir du mois mars 2020, étant inexistant avant cette date. Il

¹ <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/le-programme-predice-ma-sante-hauts-de-france>

permet aussi de voir sa progression jusqu'à la fin de l'année 2020, progression très faible car on remarque qu'à partir du déconfinement de juin le nombre d'actes par téléphone diminue drastiquement et ce directement à partir du mois de juillet, on peut même supposer à partir de la seconde partie du mois de juin.

Figure 2. Proportion des actes réalisés par téléphone en 2020. En % de l'ensemble des actes.



Les résultats les plus importants de cette seconde figure sont les suivant :

- Le mois d'avril comporte la plus grande part d'actes téléphoniques avec 64%, c'est le seul mois de l'année où elle représente plus de la moitié de l'activité ambulatoire enregistrée ;
- On observe une diminution progressive de la part d'actes téléphoniques jusqu'au second confinement de novembre, mois durant lequel un léger rebond peut être observé (+3,4% par rapport à octobre, soit plus qu'un doublement, en proportion).

Utilisé rapidement à partir du 1^{er} confinement, le téléphone a représenté près de 2/3 des actes en avril, puis a rapidement été délaissé, même si le mois de novembre 2020 a vu ré augmenter timidement son utilisation.

b. Une réorganisation subite

Le premier élément qui est ressorti des différents entretiens que nous avons pu mener est le caractère soudain de l'annonce du 1^{er} confinement² et de la réorganisation de l'offre de soin en psychiatrie que ce dernier a entraînée. Le Dr L nous décrit ce phénomène d'urgence de la sorte :

« Donc je crois que c'était vraiment la panique et du coup on a dû se réorganiser vraiment très rapidement et je crois qu'il y a quand même eu des directives de faire des consultations téléphoniques. On a fermé le CMP donc à ce moment-là bien sûr on a fait du ... du palliatif par téléphone mais c'était vraiment pour se débrouiller, pas que les gens décompensent complètement quoi. » Dr L

La totalité des professionnels interrogés décrivent cette période comme une période « d'urgence », pour Madame E, de « *panique* » pour le Dr L, ou encore comme un « *branle-bas de combat* » pour le Dr S lorsqu'il évoque la réorganisation des soins, dont la mise en place du travail téléphonique avec la patientèle. Madame E, infirmière, nous raconte le premier jour de confinement :

« Ça a été compliqué à l'EPSM puisque le confinement nous est tombé dessus euh ... enfin on a eu les décisions le mardi, on a modifié notre pratique à partir du mercredi, un peu dans l'urgence. À la base moi, de mémoire, euh il me semble que la direction nous avait autorisé à faire du télétravail de chez nous. C'est-à-dire que ... en tout cas cette première semaine on nous avait autorisé à appeler nos patients à l'heure des rendez-vous, que ce soit soit une visite à domicile, soit un entretien téléphonique, et les choses ont changé à partir de la semaine d'après. » Mme

Autorisés à travailler depuis chez eux durant la 1^{re} semaine de confinement, les professionnels vont rapidement être rappelés dans leur service :

« Je te dis : on a pu le faire les 3 ou 4 premiers jours, la semaine où on a été mis en confinement en mars et, de mémoire, le lundi on a reçu une lettre de la direction en disant que voilà on n'était plus autorisé à appeler nos patients de chez nous ; il fallait que ça soit quand on était au CMP. » Mme E

Différentes raisons exprimées par les enquêtés expliquent l'abandon du télétravail ; la première est que les professionnels n'ont pas accès au dossier du patient depuis leur domicile, ils ne peuvent donc pas entrer les informations recueillies lors des entretiens téléphoniques, notamment les risques suicidaires présentés, comme le relate une professionnelle :

« Le problème qu'on a chez nous c'est qu'on n'est pas relié aux ordinateurs et on ne pouvait pas faire nos transmissions, et je pense que y'avait peut-être un risque si des patients ils avaient des idées suicidaires on pouvait pas les retranscrire. » Mme E

² Annoncé par le Président de la République le 16 mars 2020, dans une conférence où il emploiera à 6 reprises l'expression de « guerre », le premier confinement commence à prendre effet dès le lendemain à midi.

Le Dr S explique aussi que la qualité de l'entretien n'était pas la même lorsqu'il était chez lui ou lorsqu'il était sur son lieu de travail :

« Le fait de pas être dans l'entretien visuel, même en essayant ... moi j'ai toujours essayé de réunir des conditions propices pour moi à faire ces entretiens mais même quand j'étais chez moi je ... j'ai un bureau, je m'enfermais dans mon bureau, j'essayais de m'isoler de toute stimulation extérieure mais j'ai trouvé que le fait de ne pas avoir le patient face à moi j'étais quand même beaucoup plus facilement distrait par des événements d'environnement, des conneries, mais un truc qui va passer par la fenêtre, ou un bruit dans la pièce d'à côté ou à l'extérieur de la maison, enfin des choses auxquelles j'étais moins sujet ... alors peut-être aussi parce que les bureaux dans lesquels on travaille au CMP ils sont quand même conçu pour donc en terme d'insonorisation, de choses comme ça c'est quand même ... on est plus isolé de l'extérieur. Là effectivement j'ai trouvé que j'étais plus soumis ... » Dr S

On voit ici que le cadre professionnel paraît pour lui important. En effet il décrit qu'il était souvent plus distrait à son domicile, ce qui ne garantissait pas une bonne qualité d'entretien, que ce soit pour lui ou pour le patient. Néanmoins tous les professionnels interrogés n'ont pas travaillé depuis chez eux ; pour le Dr W ou le Dr L par exemple la totalité de leurs entretiens par téléphone ont été réalisés depuis leur lieu de travail, au CMP.

Cette réorganisation subite et la mise en place du suivi téléphonique a impliqué une modification de la pratique en psychiatrie. Tous les professionnels n'ont cependant pas le même regard sur cette nouvelle utilisation du téléphone.

c. Une différence de regard sur l'emploi du téléphone

L'arrivée d'un nouvel outil professionnel suscite nécessairement des questionnements de la part de ceux qui vont être amenés à l'utiliser de manière quotidienne. Quelques enquêtés redoutaient initialement l'utilisation du téléphone dans un cadre clinique et professionnel, ainsi par exemple les Dr L et S :

« Et c'est vrai que j'avais pas pensé qu'on pouvait faire des consult' psychiatriques par téléphone, à la limite la visio pourquoi pas mais par téléphone, j'avais pas imaginé. Donc moi j'étais pas très chaude en fait pour faire ça. » Dr L

« Même pour tout dire j'avais des a priori assez négatifs moi sur cette question-là parce que la rencontre avec un patient en psychiatrie et le travail qu'on peut faire avec lui c'est quand même assez particulier et ça me paraissait difficile sans une présence et sans un contact direct ; donc le confinement ça a été vraiment une solution par défaut parce qu'il a fallu ... il a fallu faire quelque chose. » Dr S

On peut supposer que ces deux psychiatres, et la profession de psychiatre en général, n'ont pas été à l'aise avec l'arrivée de ce nouvel outil, qui potentiellement, transformait leur pratique

professionnelle. Toutefois Madame E et le Dr T précisent que le téléphone était déjà employé précédemment :

« Bah des entretiens téléphoniques on en fait parfois sans vraiment le vouloir, quand t'as des gens qui appellent sur des permanences infirmières, elles te verbalisent des choses, c'est quelque chose qu'on se refuse un peu à faire nous ici. On préfère que les gens viennent, se déplacent, qu'on puisse les évaluer vraiment et vu qu'on a des hospitaux à gérer c'est toujours plus facile d'ici. Et on en a toujours fait de façon plus ou moins informelle on va dire ; rien n'est formalisé et on n'a aucune formation pour ça. » Mme E

« Ça s'est fait très très vite, et un peu naturellement en fait, parce que je pense que c'est quelque chose qu'on demandait quand même déjà ; enfin on demandait une reconnaissance de l'entretien téléphonique en tant qu'entretien à part entière. Chose qui n'est pas reconnue ... qu'était pas reconnue par l'établissement comme un acte de soin. Et qui était un peu revendiquée aussi bien par les infirmiers que par les médecins ou les psychologues hein c'était revendiqué. Euh ... parce que c'est quelque chose qu'on a toujours fait, donc je vous avoue naturellement euh quelqu'un va pas bien ben on l'appelle, c'est la première chose qu'on fait hein c'est ... euh ... si ... si ... quelqu'un va pas bien il appelle, on le prend au téléphone, on prend du temps au téléphone pour euh ... voilà ça s'est toujours fait hein ça date pas d'aujourd'hui. » Dr T

On voit ici que Madame E malgré le fait qu'elle soit amenée à utiliser le téléphone dans sa pratique professionnelle depuis un certain temps n'apprécie pas vraiment cette utilisation. Au contraire du Dr T qui explique que la mise en place s'est faite « naturellement », car son utilisation était déjà importante mais pas reconnue. On peut supposer que selon lui, le confinement aurait accéléré la reconnaissance du travail téléphonique comme réel acte de soin. Cela rappelle le texte de Luong qui exprimait la non-reconnaissance de l'acte de soin téléphonique (4). Cependant l'inverse pourrait être possible, effectivement si les autorités n'avaient pas prévu le codage de cette forme d'entretien, elle serait restée invisible. Dans le Rim-P, le caractère thérapeutique de l'activité n'est pas discutée ; ce recueil administratif cherche surtout à décrire ce qui est fait (acte, séjour ...), dans quelles circonstances (lieu, modalités ...) et par quels professionnels.

d. La plateforme Prédice

Le contexte sanitaire a placé au premier plan la nécessité d'utiliser des outils à distance pour continuer à garantir pour les patient.e.s une offre de soin durant le premier confinement. Et c'est Prédice qui est proposée aux professionnels de santé des Hauts-de-France pour réaliser des téléconsultations. Prédice est mis au point, par l'Agence régionale de santé (ARS) avant la pandémie en 2018 dans les Hauts-de-France et c'est « un programme collectif et régional en e-santé d'une ampleur inédite. Son objectif : exploiter la puissance du numérique pour améliorer la qualité des prises en charge, la coordination des acteurs de santé et l'accès aux soins. » (10). Prédice c'est la possibilité pour le.a patient.e de retrouver ses informations de santé et de la partager avec les professionnel.le.s, de bénéficier d'une prise en charge ou d'un accompagnement à distance avec

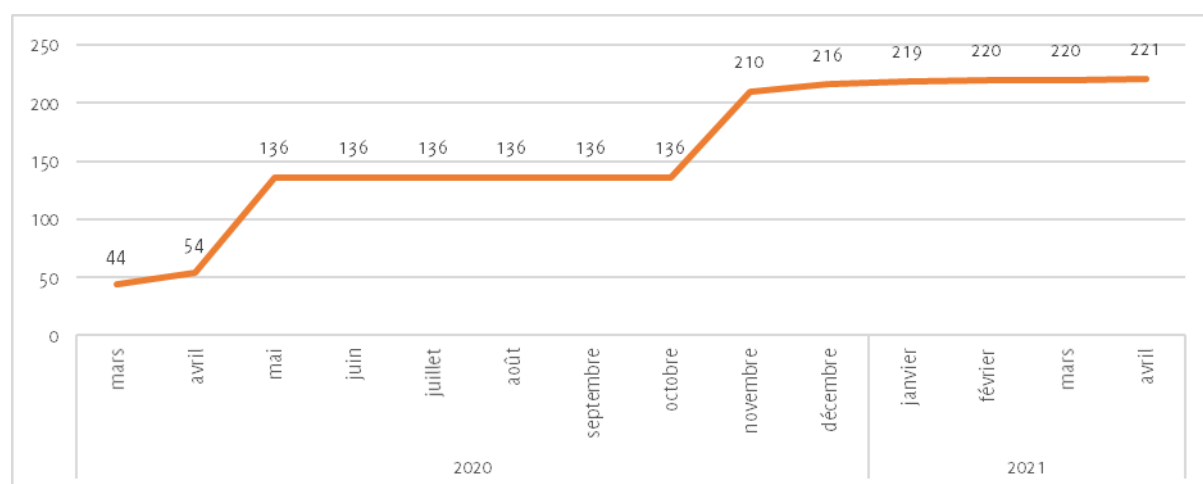
un.e professionnel.le et de gérer la prise de rendez-vous. Aussi, elle est gratuite et protège les données et les droits des patient.e.s.³

La plateforme a vu son utilisation accélérée par le contexte sanitaire. Nous allons présenter les résultats statistiques puis les résultats empiriques de l'utilisation de Prédice lors de l'année 2020.

i. Résultat statistiques

Le GHT Psy du Nord - Pas-de-Calais est composé de 232 psychiatres en activité pleine ou partielle (compte non tenu des psychiatres exerçant en milieu pénitentiaire). Avec les chiffres obtenus par le DIM du territoire GHT Psy Nord - Pas-de-Calais sur l'utilisation de Prédice nous avons pu créer ce tableau montrant les inscriptions Prédice des psychiatres à partir de mars 2020 jusqu'à avril 2021.

Figure 3. Nombre de psychiatres du GHT Psy Nord - Pas-de-Calais inscrits sur la plateforme Prédice. En effectifs cumulés.



On observe que la courbe est croissante. Elle enregistre 44 psychiatres en mars 2020 contre 221 en avril 2021. On peut noter qu'elle reste figée entre mai 2020 et octobre 2020, date du premier déconfinement et du second confinement. On observe aussi une forte augmentation du nombre d'inscrit entre avril et mai 2020, 82 nouveaux psychiatres s'inscrivent sur Prédice durant le mois d'avril. Une nouvelle augmentation du nombre d'inscrit durant le mois d'octobre 2020 (mois du second confinement) s'élevant à 74 psychiatres apparaît. Si l'on rapporte le nombre de psychiatres inscrits au nombre de ceux travaillant au GHT (N=232), ce sont 59% d'entre eux qui sont enregistrés dans Prédice à l'issue du 1^{er} confinement, et 95% au 2nd. Toutefois, les résultats empiriques nous en disent davantage sur l'utilisation de la plateforme.

ii. Résultats empiriques

Lors des entretiens réalisés nous avons interrogé les professionnels de santé sur leur utilisation de Prédice. Le Dr W exprimait son classement préférentiel des entretiens psychiatriques.

³ https://www.predice.fr/portail_usager/qu-est-ce-que-predice-39-46.html

Dans cette verbatim il faut prendre en considération que le Dr W lorsqu'elle parle de « visio » fait nécessairement référence à Prédice étant donné que c'était la seule plateforme légale pour réaliser des téléconsultations dans la région.

« 1 : présentiel, 2 : visio, 3 : téléphone, 4 : rien du tout. » Dr W

Mais qui néanmoins affirmait qu'elle n'avait pas fait d'entretien en téléconsultation lors du premier confinement. Nous avons donc cherché à en rechercher les raisons.

La première raison est exprimée par le Dr T :

« Ouais donc dans ce cadre-là ... le souci c'est qu'on a une plateforme de téléconsultation qu'est fourni par l'ARS, qui s'appelle Prédice, et ... alors ... qui avait plusieurs inconvénients. Euh ... déjà c'est long de ... de programmer les consultations, parce qu'il faut rentrer pleins de données machin ça prend un temps fou. Donc euh ... bah c'est du travail de secrétariat hein, voilà on n'a pas le temps de ... enfin de rentrer tout ... de rentrer tout ça » Dr T

On remarque ici que l'enquêté évoque le temps supplémentaire nécessaire à la programmation des rendez-vous Prédice. Ce « travail de secrétariat », pour le citer, demande du temps de travail en plus que ce dernier n'est pas en capacité de fournir. Le temps de programmation représente un frein à l'utilisation de Prédice.

« Donc moi je me suis forcé à l'utiliser parce que je voulais vraiment euh ... le ... l'éprouver et puis qu'ils l'améliorent quoi. Euh enfin soit ça fonctionne pas et ils changent de plateforme quoi ... mais je voulais vraiment euh ... comme je tenais vraiment à faire de la téléconsultation euh ... je me ... je m'y suis collé. Mais franchement c'était pas agréable, c'était assez pénible les premiers ... les premières semaines. Et puis là maintenant ça commence à tourner plutôt pas mal. » Dr T

Il est à noter que le Dr T est le seul psychiatre à évoquer ce temps de programmation supplémentaire, aussi parce qu'il un des seuls à avoir utilisé la plateforme lors du premier confinement.

La seconde raison qui a rendu l'utilisation de Prédice compliquée lors du premier confinement est le manque de moyens techniques des patient.e.s d'une part mais aussi et surtout des professionnels pour avoir accès au matériel nécessaire. Plusieurs professionnels évoquent ce fort manque de moyens techniques des établissements dans lesquels ils travaillent :

« Et puis on a un problème aussi d'outil informatique c'est que ... y'a pas de caméra sur les ... sur les ordi [Rire]. J'ai eu la grande surprise de découvrir ça dans mon bureau ; je pensais naturellement qu'il y avait une caméra et je me suis rendu compte à ma première téléconsultation que y'avait pas de caméra [Rire]. Donc ça ... c'est un petit obstacle [Rire], euh y'avait pas de carte son sur les ordi. Donc heureusement on a un ordi portable par médecin, donc on a utilisé nos ordi portables pour faire ça. Donc y'a un problème de matériel hein quand même qui ... qui est énorme, on a ... on a du matériel qui est pas du tout adapté. » Dr T

« Q. Et est-ce qu'il y a eu aussi de la visio, vous avez mis ça en place aussi ou ... ?

Non. Du tout. Euh ... non pas du tout, ben déjà parce qu'on n'est pas équipé je pense en fait. J'crois que c'est juste un problème de budget et d'équipement. Faudrait des webcams dans tous les bureaux. On n'a même pas d'ordi dans tous les bureaux. [Rire].» Dr L

Le non-équipement en webcams et en micros des ordinateurs à disposition des psychiatres a sans aucun doute présenté une barrière conséquente à l'utilisation de Prédice. Les cadres supérieurs de santé ont eu le même type de retours sur Prédice

« Alors ça concernait surtout les médecins psychiatres et c'est vrai que les qualités de liaisons étaient tellement mauvaises, tellement compliquées, tout ça je vous disais hein tous ces systèmes de liaison et de communication, informatique, visioconférence machin etcetera c'est tellement compliqué sur la qualité de liaison, elle est ... enfin c'est ... c'est pas résolu ça dans l'état hein, c'est pas suffisamment performant, des retours que j'en ai entendu pour que actuellement ça puisse se faire dans une pratique courante, souple, fluide, euh non, là ça reste compliqué. »
Mme J

Ce qui est ici intéressant ce sont les termes « courante, souple, fluide » qu'utilise madame J. Prédice n'a pas pu devenir directement un outil stable pour garantir une offre de soin en téléconsultation. Le manque de moyens des patient.e.s a par ailleurs été soulevé :

« On a encore des patients qui ont des téléphones à clapet, donc en fait je suis pas sûre que la téléconsultation se fasse avec ce genre d'outils. Tous nos patients n'ont pas d'ordinateur donc euh je pense qu'on va arriver à certaines limites à cause de ça, et puis parce que nous non plus on n'est pas top équipé quoi. » Mme E

« Ben écoutez j'ai essayé, le problème c'est que ... moi sur mon secteur j'ai quand même beaucoup de gens qui sont précaires, et qui n'ont pas le matos. Et après euh faire de la visio avec des patients psychotiques, s'ils sont jeunes et euh avec un certain niveau euh ... Bon si vous avez quelqu'un qui a entre 25 et 30 ans et euh ... voilà bon et ... aujourd'hui à 25 et 30 ans avant de décompenser ils savent utiliser le matériel et tout ça. Donc ça c'est des acquis, y'a pas de problème. Mais quand vous avez des patients qui sont soit euh plus dégradés au niveau cognitif ou soit des plus anciens, c'est pas la peine. D'abord ils ont pas les sous pour avoir le matos et deuxièmement c'est beaucoup trop compliqué, planifier, à recevoir le SMS, appuyer sur le truc, à l'heure dite ; ils sont hors temps, enfin ... donc euh ... » Dr W

Le Dr W fait aussi allusion à certaines pathologies de la patientèle qui n'ont pas facilité ce travail. Les patient.e.s plus âgés ou « dégradés au niveau cognitif » n'ont pas su s'approprier l'outil de manière effective.

2. Quelques avantages relatifs au contexte

Les recherches bibliographiques sur le sujet de la téléconsultation ou du travail téléphonique nous exprimaient une liste d'avantages évoqués lors d'études réalisées sur ces sujets. Comme la

réduction de la propagation du virus, le gain de productivité, l'amélioration de l'accès au soin pour les patient.e.s, la réduction de l'isolement de certain.e.s patient.e.s ou encore la capacité d'appropriation accrue de la jeune génération aux nouveaux outils technologiques. Nous avons donc voulu vérifier par l'enquête empirique si ces avantages étaient abordés par les professionnel.le.s du GHT interrogé.e.s.

a. Le contexte sanitaire important

Lors des différents entretiens réalisés les enquêté.e.s nous ont fait part de l'importance du contexte sanitaire et du respect des règles en mesures pour limiter la propagation de virus.

C'est tout d'abord une des cadres supérieures de santé interrogée qui nous explique :

« Alors, d'abord ça a été une décision institutionnelle, parce que, au regard des recommandations qu'on avait d'un point de vue national, qui ont été déclinées par l'ARS puis au sein des établissements de soin, nous bien évidemment la communication s'est déclinée au sein des services et on a été tenu d'appliquer ces mesures barrières. Pour pouvoir appliquer ces mesures barrières et protéger les patients autant que les soignants, puisqu'on garantit aussi les conditions de travail, on est avec le service de santé du travail, mais aussi pour les patients, les protéger et amener les meilleurs soins possibles dans une crise majeure ; forcément on a du revisiter l'ensemble de nos organisations. » Mme J

On peut lire ici que madame J nous exprime clairement la volonté de continuer à garantir une offre de soin malgré le contexte et les mesures. Et pour ce faire il a fallu appliquer les gestes barrières ayant indéniablement comme but de protéger les professionnel.le.s et les patient.e.s du virus. L'application de ces mesures et de la réorganisation qu'elles ont impliquées a été vécue de manière évidente par nos différents enquêté.e.s, malgré cette période de flottement, dont nous faisait part le Dr L, en attente de mesures officielles. Cette évidence du contexte sanitaire est exprimée de la sorte :

« En gros, quand le confinement a été décidé le 16 mars 2020 à notre niveau ça a été branle-bas de combat ; il a fallu repenser complètement l'organisation des soins parce que on nous a demandé de réduire au maximum les soins en présentiel pour limiter évidemment le risque de transmission du virus. Donc, du jour au lendemain, il a fallu arrêter une partie de notre activité, on a dû fermer un hôpital de jour, complètement, pendant quelques semaines. » Dr S

L'utilisation du terme « évidemment » résume bien ici l'intérêt évoqué en premier lieu dans la littérature et donc évoqué en premier lieu dans ce rapport pour rendre compte des avantages du déploiement du travail téléphonique. Le premier avantage a été celui de la participation à l'effort collectif pour limiter la propagation du virus.

b. Un renouveau dans l'accès au soin

L'accès au soin amélioré dont il était question dans nos recherches bibliographiques a été interrogé lors de nos entretiens. Un terme utilisé lors d'un entretien, a été pour cette étude, révélateur, en voici l'extrait :

« En fait c'était plus pratique pour les patients je pense d'un point de vue euh ... organisationnel parce qu'en fait, du coup, tu peux les appeler à n'importe quel moment. Je me souviens du coup que mes consult étaient pas hyper figées. Euh genre j'appelais untel, untel, untel, des fois ils répondaient pas donc je laissais un message sur le répondeur, donc tu mets dans ton dossier médical en gros « Appel téléphonique, n'a pas décroché, message laissé. » Et après ils te rappellent donc en fait ça te fait vraiment une journée un peu ... beaucoup plus fluide ... Ouais mais par contre des fois je me souviens j'appelais dix patients à la suite et je tombais sur leur répondeur. Donc en fait ça te prend 5 minutes et après ils te rappellent à un autre moment, c'est beaucoup plus fluide dans l'emploi du temps et puis c'est sûr que c'est plus pratique : les patients n'ont pas à se déplacer pour venir etc., donc ils peuvent t'appeler bah de chez eux, quand ils sont en bagnole ou quoi, enfin pas en voiture mais bon c'est un peu l'idée quoi d'être beaucoup plus flexible. » Dr L

Cette flexibilité dans l'entretien paraît nouvelle, aussi bien pour la patientèle que pour les professionnel.le.s de santé. En effet c'est ici la possibilité pour les soignant.e.s d'appeler leurs patient.e.s « à n'importe quel moment » qui transforme l'accès au soin. Flexible est un terme de valence positive, vu qu'il est employé on peut considérer que le point de vue de la locutrice est favorable à cela. Durant le même entretien, la poursuite du suivi d'un patient ayant déménagé dans un autre département fait l'objet d'un point de vue ambivalent :

« Donc on continue ça pour l'instant très ponctuellement mais moi j'avoue que j'aime pas le principe quoi. » Dr L

La possibilité donnée au patient de choisir la modalité de l'entretien, en tête-à-tête ou à distance, diversifie les modes d'accès aux soins et peut contribuer à leur permanence, comme l'évoque cette psychiatre interrogée :

« Alors je vais répondre aussi à une chose, c'est que même aujourd'hui vous voyez alors j'ai des patients qui de temps en temps se sont approprié par contre l'entretien téléphonique. C'est-à-dire que euh ... quand euh ... ils peuvent pas pour X raisons ou ... au lieu de ne pas venir ils demandent au secrétariat d'avoir un entretien téléphonique. Donc c'est ... vous voyez ça a aussi quelque chose de positif ça au fond, ça a amené ça, alors c'est à la marge hein, moi je ... j'en ai pas beaucoup. Mais ça arrive de temps en temps que dans ma consult' en fait entretien téléphonique. Soit la personne elle va moins bien soit euh bah elle doit garder les enfants, soit euh ... je sais pas elle est partie se confiner à Paris chez la sœur donc euh ... bon. Donc ce qui fait que ... ça euh ... c'est à la marge mais ... ils se ... ils s'en sont saisis. » Dr W

Ce qui apparaît nouveau pour ces deux enquêtées c'est la possibilité pour la patientèle de choisir l'entretien téléphonique. Néanmoins cette possibilité peut être vue de manière positive ou négative. Dans tous les entretiens réalisés le côté positif ou négatif est abordé de manière égale. Pour finir une des principales motivations, décrite par l'ensemble du personnel médical interrogé, lors du premier confinement a été de ne pas perdre de vue la patientèle. L'entretien téléphonique a permis une permanence des soins :

« C'est un sujet qui nous a quand même beaucoup mobilisés en termes d'échange puisque on voulait quand même garantir que le patient ne soit pas perdu de vue et que la qualité des soins soit pas trop impactée » Mme J

La possibilité d'appeler ses patient.e.s est devenue, lors du premier confinement, une pratique presque courante dans les EPSM, mais la possibilité pour le/la patient.e d'appeler son/sa psychiatre ou un.e infirmier.e pour un.e patient.e de même. Par la motivation de ne pas perdre de vue la patientèle les EPSM ont réorganisé leur pratique afin que leurs soins se poursuivent.

c. Réduction de l'isolement de la patientèle

La crise sanitaire et le confinement généralisé qui en a découlé ont pu favoriser l'isolement d'une partie de la population, notamment celle prise en charge dans les services de psychiatrie, dont la sociabilité est en général plus faible qu'en moyenne. C'est en ce sens que dans la littérature étudiée il était expliqué que la mise en place du suivi par téléphone ou par téléconsultation dans les établissements de santé mentale a pu permettre une réduction de l'isolement de la patientèle. Cette notion a par exemple été abordée :

« C'est vrai que je me souviens d'un patient qui m'a vraiment remercié qu'on l'appelle, qu'on s'occupe de lui, qu'on garde contact, qu'on prenne de ses nouvelles juste ; ça lui faisait vraiment plaisir parce que je pense que du coup bah tout le monde était confiné et ... et il avait peut-être pas trop de contacts extérieurs et ça ça l'a quand même maintenu euh à flot on va dire donc euh ... Donc c'est sûr que là tu te dis bah au final tu sais toi tu fais juste ton taff, t'appelles tes patients comme t'aurais fait pour d'autres situations et en fait ça ça l'avait vraiment, ça lui a vraiment fait du bien en fait donc c'est vrai que c'était ... c'est vrai que tu te dis bon quand même ça a un intérêt, c'est utile et on maintient le lien quoi. » Dr L

Il en est de même pour les deux cadres de santé interrogé.e.s travaillant en secteur rural où la « population habituée à vivre isolée » (Mr H, Mme O) a pu être plus facilement suivie grâce au téléphone. Autre thématique, la tentation de renoncement aux soins, abordée par le Dr S :

« Et puis après ... alors après y'a beaucoup de gens aussi moi j'ai été ... j'ai d'ailleurs pas mal travaillé avec mes équipes là-dessus parce que moi j'ai beaucoup de gens qui m'ont dit presque en s'excusant « Non, non mais vous inquiétez pas Dr ça va aller, on sait que vous êtes débordés » enfin en gros ils ont tellement bien entendu le message dans les médias que les hôpitaux étaient débordés et que c'était la guerre que en gros ils avaient l'impression de nous

déranger. Mais il a fallu que j'explique à nombreux de mes patients que j'avais du temps de consultation qui était dévolu à ça et que certes je ne pouvais plus le faire en présentiel pour des raisons liées à l'épidémie mais que je pouvais prendre ce temps là pour faire le ... prendre la demi-heure que je leur aurais consacré au CMP, leur consacrer par téléphone. Et y'a des gens il a presque fallu que j'insiste ... alors c'est ... c'est pas sans impact, en psychiatrie c'est quand même particulier on travaille avec la demande et on essaye de ... de pas être trop directif en insistant auprès des gens parce que le travail psychothérapeutique il se fait avec aussi la demande des gens. Quand les gens sont pas en demande c'est un peu plus compliqué on travaille différemment et donc là parfois il a fallu que j'explique aux gens que non, que voilà j'avais du temps, que s'ils le souhaitent leur proposer un entretien téléphonique, s'ils le souhaitent pas on pouvait faire autrement et donc ... beaucoup après leur avoir expliqué ça disait « ah bon bah d'accord à ce moment-là je veux bien » et puis on faisait un entretien téléphonique et puis après je les re-convoquais finalement exactement comme je l'aurais fait en présentiel sauf que là je leur disais bah écoutez je vous rappelle donc dans trois semaines, dans un mois, dans cinq semaines et puis on refait le point. Et puis si toutefois la situation sanitaire s'est améliorée d'ici là et que c'est possible en présentiel ben on se voit au CMP. C'est comme ça qu'on a fait. » Dr S

Le suivi téléphonique aurait alors permis à une patientèle isolée ou parfois pensant qu'elle n'allait plus être suivie de continuer à l'être, et de par ce fait de réduire un probable isolement. Selon les professionnels interrogés, l'emploi du téléphone a limité le nombre de patients perdus de vue. Néanmoins une infirmière interrogée donne un autre avis. En effet même si elle admet que :

« Bah la personne qui est isolée déjà habituellement et qui peut enfin voilà qui gère mal le confinement où t'as bah tous les ... toutes les mesures qui ont été prises, avec les contrôles policiers on sait que c'est gens-là il faut les avoir voilà ça ... ça peut générer chez eux des angoisses qui peuvent être voilà majorées à cause de la crise sanitaire, ce qui est encore le cas pour certains de nos patients aujourd'hui hein. » Mme E

Pour cette professionnelle, le suivi semble s'achever si le patient n'est pas rencontré physiquement :

« On ... on sait que y'a des patients qui vont s'engouffrer dans ce genre de fonctionnement ; on a des patients qui sont quand même très isolés à cause de leur maladie et en fait on ... en répondant à cette ... demande là c'est des patients qu'on va plus voir en fait. Qui vont plus sortir, qui vont plus ... » Mme E

C'est en fait une tension entre deux objectifs qui est exprimée ici : limiter l'épidémie et inciter les patients à sortir de chez eux pour des raisons thérapeutiques. Ne plus le faire, malgré les entretiens organisés par téléphone, a pu renforcer l'isolement de certains d'entre eux, pour qui le déplacement au CMP constitue une des rares sorties.

3. Un entretien d'un nouveau genre

L'enquête empirique dans les EPSM du Nord - Pas-de-Calais a permis de faire apparaître un entretien d'un nouveau genre : les acquis et le déroulement usuel d'un entretien entre un.e patient.e

et son.sa soignant.e se sont vus transformés avec la crise sanitaire et le déploiement en urgence du travail téléphonique. Pour tenter d'expliquer en quoi ce nouveau genre consiste nous allons tout d'abord exposer une des limites principales exprimée par les professionnel.le.s sur l'utilisation du téléphone dans le cadre d'un entretien : l'absence de perception du langage non verbal. Puis nous expliquerons en quoi le rituel de l'entretien s'est transformé et enfin comment cette nouvelle forme a réduit le contrôle des soignant.e.s sur l'entretien.

a. Un langage non verbal imperceptible

Un élément est revenu dans la totalité des entretiens réalisés. Cet élément c'est celui du langage non verbal, cet « *indiscible dans l'interaction* » qui intéresse les sciences humaines et sociales, dont l'interaction est un des sujets principaux (11). L'entretien psychiatrique donne lieu à de nombreuses interactions entre le.a soignant.e et le.a patient.e, lorsque nous avons interrogé les professionnel.le.s sur les limites du travail téléphonique, la communication non verbale est apparue dans la totalité des cas comme la limite principale au travail par téléphone, son absence freinant l'interaction dans l'entretien. Pour Baudry, la communication non-verbale est une « *expression gestuelle du dire* » ; le silence par exemple s'interprète, sans oublier que le langage verbal et non-verbal ont une relation complémentaire dans l'interaction entre deux individus (11).

Mme J, qui n'a pas réalisé d'entretien par téléphone lors du premier confinement, développe la notion :

« Alors on sait que quand on est en présentiel sur un rendez-vous de consultation notamment pour un ... pour un médecin psychiatre ou un psychologue en psychothérapie on sait que euh ben la communication, 70% de la communication elle est pratiquement non-verbale, voilà, de fait. Donc forcément quand vous avez quelqu'un au téléphone vous n'avez pas le même résultat, le même impact, que si c'était euh une psychothérapie faite en présentiel ou un entretien de consultation avec un médecin psychiatre en présentiel. » Mme J

Plusieurs professionnels rencontrés affirment que l'absence du non verbal limite nettement l'évaluation de l'état de santé du patient. Par exemple :

« Après c'est sûr que euh ... comme je disais on n'a pas l'échange qu'on peut avoir en présentiel dans le sens où euh ... ben y'a pas le ... le côté visuel et l'évaluation donc forcément est de moins bonne qualité. Si quelqu'un est ... c'est possible que quelqu'un allait mal au bout du fil et que je l'ai pas ressenti. Parce que il a pas su mettre en mot son malaise quoi. Donc c'est aussi pour ça que y'a un moment on ... on a aussi remis des consultations en présentiel parce que on avait un doute sur l'évaluation et euh ... certains patients peuvent renvoyer « Bah oui tout va bien, pas de problème. » alors que c'est pas forcément la réalité quoi ... ils vont pas forcément mettre en mots leur malaise quoi. » Dr T

« Donc ce qui fait que ça fausse quand même sérieusement ... moi j'ai eu plus ... pas mal de patients quand même qui au fond n'allaient pas si bien que ça et euh ... ils ne l'ont pas verbalisé

et euh ... moi j'avais pas suffisamment d'éléments puisque au niveau de mes ... des informations qui me permettent d'analyser une situation j'en avais que ... c'était que parcellaire. » Dr W

De même que les autres professionnels interrogés, ces deux médecins expriment la difficulté pour eux d'apprécier l'état de santé mentale de leurs patients par le seul entretien téléphonique. Celui-ci enlèverait la complémentarité du langage non verbal et du verbal pour ne laisser place qu'au verbal, insuffisant pour comprendre un individu déjà dans un contexte social banal (11), et encore plus exacerbé lors d'un entretien psychiatrique où les professionnel.le.s concerné.e.s nous affirment qu'il est essentiel. C'est aussi ce qu'explique une des interlocutrices :

« C'est-à-dire euh tu vois tester des affects, des émotions sur des intonations de voix bah il faut quand même être assez performant. Euh ... tu sais pas où vraiment la personne elle est, elle te raconte ce qu'elle veut, elle peut te raconter un peu ... enfin son état clinique vraiment juste sur ... sur le discours comme ça sans mettre en lien avec le ... l'expression émotionnelle enfin physique, ce que ... enfin je sais pas le lien à l'autre. La rencontre est quand même complètement abstraite enfin abstraite euh j'sais pas, virtuelle enfin tu vois y'a un truc assez virtuel et je trouve que dans notre métier qui est très humain ça rend très compliqué les choses quoi. Ça reste un peu flottant euh ... ouais ... donc moi je trouve que c'est pas qualitatif notre travail après on aurait pu faire ... on peut screener c'est des échelles hein on peut ... tu peux dire ton échelle par téléphone et faire un diag ... enfin je pense qu'on peut faire ça mais euh mais je trouve que dans notre métier qui est très sur le lien humain, l'attachement, la relation de soin » Dr L

On retrouve aussi une autre thématique abordée dans le texte de Baudry. Celle de l'humain, celle du caractère non verbal dont sont faites les interactions humaines. Celle de pouvoir penser et s'exprimer avec son corps (11). L'enquêtrice ici nous fait part du côté très « humain » de la profession de psychiatre, presque l'essence même de la profession, où la virtualisation de l'échange n'apporte aucun point positif selon elle. On observe ici que la psychiatre exprime cette nécessité d'avoir accès à la communication non verbale de son/sa patient.e pour garantir une qualité d'entretien.

La baisse de qualité de l'entretien lié à l'inexistence du langage non verbal, ou en tout cas à la difficulté à le saisir, mène nécessairement à une transformation de la pratique de l'entretien psychiatrique.

b. Le rituel de l'entretien transformé

La notion de rituel, en sociologie, est le fruit du travail d'Émile Durkheim qui s'est longuement intéressé à ce qu'il appelle ces « *formes élémentaires de la vie religieuse* » dans un ouvrage du même nom (12). Selon lui « *la religion peut être définie comme un ensemble de croyances et de rites portant sur objets sacrés* ». Pour que ces rites soient apparents il faut un lieu où ils s'opèrent pour différencier le sacré du profane, pour Durkheim c'est le temple ou l'Église. De plus, si l'on suit le raisonnement durkheimien du rite, il en existe deux : « *rites positifs, qui reposent sur des obligations, et rites négatifs, qui reposent sur des interdits.* »(13). Ce que Goffman va venir

démontrer par ses travaux de recherche sur les rites c'est que ces derniers ne s'opèrent pas uniquement dans la sphère religieuse mais aussi dans « la vie quotidienne ». C'est ce dont il traite dans son ouvrage emblématique de la sociologie américaine *La mise en scène de la vie quotidienne* (14). Selon lui les rites se retrouvent partout dans nos sociétés modernes, et principalement dans les interactions entre les individus d'une même société. Le principe de cette notion serait qu'un individu manifeste sa considération envers un objet de valeur absolue, un objet « sacré », ou « sacralisé » par la société dans laquelle il se trouve. C'est en ce sens que nous considérons ici l'entretien psychiatrique entre un.e soignant.e et un.e patient.e comme un rituel du milieu psychiatrique avec une forme qui lui est propre et qui est normative. Comme le dépeint ainsi un des psychiatres interrogés :

« Bah quand ... quand on rentre en consultation déjà le ... enfin déjà on se voit, donc y'a le ... le ... comment ça s'appelle déjà ... une évaluation qui se fait déjà ne serait-ce que par le regard, on voit si la personne est bien habillée, si elle a une bonne présentation, si ... y'a tous ces aspects cliniques j'ai envie de dire qui disparaissent d'un coup. Euh ... et puis on fait rentrer, enfin voilà y'a tout un rituel, on s'installe, on se met à l'aise petit à petit, euh faut réinventer un petit peu ça au téléphone. Pour réinventer ce petit rituel déjà de ... d'entrée en matière qui fait que on va débiter l'entretien, on va commencer à échanger des banalités forcément les premiers échanges. Et puis ensuite entrer dans le vif du sujet et ... aborder des questions de fond. Donc euh oui que ce soit en téléphone ou en présentiel c'est pas tout à fait le même rituel quoi. Je veux dire il faut ... il faut inventer les mots, faut inventer euh ... voilà comment on se présente, comment la personne va se présenter aussi ... » *Dr T*

On retrouve ici des éléments concernant le langage non-verbal, qui premièrement agit aussi dans le sens du changement de la forme rituelle de l'entretien psychiatrique. Nous avons utilisé ce verbatim car le psychiatre lui-même utilise cette notion de rituel. Cependant l'arrivée de la crise sanitaire et le déploiement du travail téléphonique est venu déconstruire l'organisation de ce rituel. Le premier élément est celui de la durée :

« *Nous un entretien infirmier normalement c'est 30 minutes, tu tiens pas 30 minutes un patient au téléphone.* » *Mme E*

La question de la durée de l'entretien a été abordée lors de tous les entretiens. Qu'il soit médical ou infirmier a une durée nettement plus courte allant de 30 minutes en temps normal contre 5 à 10 minutes par téléphone. Néanmoins le Dr T affirme aussi que certains entretiens ont pu durer plus longtemps qu'usuellement car le cadre n'était pas respecté :

« *Y'a des patients pour qui on a du mal à raccrocher, c'est ... c'est très variable hein y'a effectivement des gens qui sont un peu laconiques comme ça, et puis on a vu de gens euh ... je sais pas ... j'ai le souvenir d'une qui était à la plage, l'autre qu'était sur son balcon en mode tranquille, qui était bien installée, puis ben voilà qui ... qui ... [Rire] ... qui avait bien envie de discuter et puis qui ... voyait pas le temps passer. Donc y'avait ... y'a plus de cadre malgré tous ces ... c'est difficile que refixer le cadre de la consultation où on a un rituel quand même en*

consultation. Qui permet de marquer un début, le milieu, la fin, voilà. On rythme un peu la consultation. Que voilà au téléphone on n'a pas ... on n'a pas ... il faut le refixer ce cadre quoi y'a un moment il faut ... Alors euh ... alors parfois oui c'est des consultations qui sont beaucoup plus longues hein ... » Dr T

C'est cependant le seul professionnel interrogé qui nous fait part d'une durée pouvant être plus longue. Ce verbatim nous permet de faire le pont avec le prochain élément abordé lors des entretiens. Celui du cadre. À cet égard, Mme E nous décrit le CMP comme un « lieu de soin bien défini », là où l'entretien est sensé se dérouler.

« L'autre élément moi qui me gêne personnellement c'est que euh ... je ne sais pas où ils sont, dans quelle pièce ils sont, je ne sais pas s'ils sont avec d'autres personnes. Et ça, pour moi ça biaise. Donc euh ... donc souvent je leur demandais hein, je leur disais « Mais vous êtes où ? Vous êtes chez vous ? Y'a du monde autour de vous ? », « Euh non », mais bon j'entendais parfois du bruit, avec des enfants enfin bon ... Ce qui fait que, automatiquement, je pense que ce qu'ils expriment ce n'est pas la même teneur quand il y a de l'entourage. Que moi aussi dans mes propos, ce que je renvoie, je ... j'étais beaucoup plus ... j'étais différente hein. Parce que je ... c'est ... je ne sais pas qui est autour et qui entend hein bon. Euh ... voilà parce que bon c'est quand même important d'avoir une relation duelle dans un espace neutre ; et la personne se montre pas de la même manière d'ailleurs hein. » Dr W

On s'aperçoit que le fait que l'entretien ne se déroule plus en face à face dans un lieu précis propre à la pratique a été mal accueilli par les professionnel.le.s. Et ce dans la totalité des entretiens. Plusieurs lieux comme le supermarché, la voiture, ou bien le fait d'être entouré par d'autres personnes (notamment les enfants) ont été cités ; ils ont constitué une limite importante à l'entretien, en ont réduit la qualité, en ont finalement changé le rituel, comprenant un déroulement au sein d'un lieu prévu à cet égard.

Le dernier élément est celui de la forme de l'entretien ; pour plusieurs psychiatres interrogés, l'aspect thérapeutique de l'entretien est compromis s'il se déroule par téléphone. Le travail que cela compose usuellement n'est plus possible :

« Moi je fais ce métier là depuis euh ... 35 ans. Voilà. Donc euh ... je fais ce métier là depuis 35 ans euh ... Je vous ai dit je pense le ... j'ai synthétisé mais le ... le ... vraiment pour moi ... enfin le ... la limite pour moi c'est de ne pas être en ... de ne pas être en relation, pas avoir d'informations, pas pouvoir surfer, de manquer de spontanéité, euh ... d'avoir euh ... vécu l'expérience que la personne que je connais en face de moi ou que je soigne n'est pas la même du tout au téléphone. Enfin euh ... ce que je perçois hein puisque voilà, ce que je perçois en ayant beaucoup moins de sens qui me permettent d'analyser ce qui se passe ... mais réduit notablement mon travail de thérapeute. Par contre mon travail de psychiatre, clinique, médicament, non. Voilà. Parce que les personnes « Vous dormez ? » « Non, oui », « Comment ça se passe votre humeur tatatata, vous me la cotez comment ? ». Voilà c'est ... ça la personne elle répond. À ces questions assez simples ça répond ... c'est ... y'a pas de soucis en soit. La

problématique c'est la thérapie. Et on sait quand même que aujourd'hui euh ... c'est l'association des deux qui fait que la personne on va l'aider et qu'elle va sortir plus rapidement de son ... Donc on sait que les soins ben ... sont dégradés. Ça c'est mon point de vu. L'entretien téléphonique, les soins sont dégradés. » Dr W

Si l'on suit les dires du Dr W l'entretien psychiatrique par téléphone perd en efficacité. Et c'est la difficulté de faire une thérapie avec l'outil téléphonique qui rend l'exercice bien moins pertinent. Cet élément est revenu dans la quasi-totalité des entretiens.

c. Perte de la valeur de l'entretien

Pour les professionnels interrogés, le changement de rituel de l'entretien en diminue la valeur, surtout en raison du lieu. Le fait que l'entretien ne se déroule plus en présentiel et que le patient peut le faire chez lui ainsi que dans d'autres lieux réduisent la capacité des professionnel.le.s à tenir l'entretien. Un des concernés l'exprime comme cela :

« Le fait de pas être dans l'entretien visuel, même en essayant ... moi j'ai toujours essayé de réunir des conditions propices pour moi à faire ces entretiens mais même quand j'étais chez moi je ... j'ai un bureau, je m'enfermais dans mon bureau, j'essayais de m'isoler de toute stimulation extérieure mais j'ai trouvé que le fait de ne pas avoir le patient face à moi j'étais quand même beaucoup plus facilement distrait par des événements d'environnement, des conneries, mais un truc qui va passer par la fenêtre, ou un bruit dans la pièce d'à côté ou à l'extérieur de la maison, enfin des choses auxquelles j'étais moins sujet ... alors peut-être aussi parce que les bureaux dans lesquels on travaille au CMP ils sont quand même conçu pour donc en terme d'insonorisation, de choses comme ça c'est quand même ... on est plus isolé de l'extérieur. Là effectivement j'ai trouvé que j'étais plus soumis ... » Dr S

Ce qui est vrai du lieu dans lequel se trouve le patient l'est également pour l'endroit où se situe le professionnel pour s'entretenir avec son patient. Son domicile est jugé peu propice à la concentration nécessaire à l'écoute et les professionnels sont enclins à la distraction. La présence dans un « lieu de soin » est donc nécessaire pour les deux personnes engagées dans la relation thérapeutique.

La baisse de concentration au domicile du psychiatre dans le cas présent crée un sentiment de perte de la valeur de l'entretien, le lieu n'étant pas prédéfini pour réaliser l'entretien le professionnel se sent plus distrait, donc moins apte au bon déroulement de ce dernier. Ce lieu de soin est donc important pour les patients et pour les professionnels.

« Parce que ben ... y'a des personnes qui le font dans la rue hein. Y'a des ... y'a eu un moment comme ça y'a ... c'est ... c'est un petit peu la ... la euh ... la limite de l'entretien téléphonique, c'est que ça perd de sa valeur euh ... Y'a un moment des patients qui ne repèrent plus la valeur de leur consultation. La consultation c'est un moment qui est isolé quoi ou ... on rentre dans un bureau et c'est fermé quoi. Là y'a des personnes qui le faisaient en allant faire leurs courses ou euh ... qui respectaient pas ce temps-là quoi hein. Malgré le ... la prise de rendez-vous etcetera

euh ... ils en perdaient un petit peu la valeur, dans ce cas-là moi je ... très vite j'arrête quoi je ... j'estime que ... Pour des raisons de confidentialité on ne peut pas avoir un rendez-vous de qualité euh ... quand on est dans la rue enfin j'ai ... Par définition tu peux pas dire des choses intimes comme ça. » Dr T

*« Je pense que le manque d'espace dédié a fait que du coup on est plus coupé ... Ouais si c'est arrivé que les patients ils étaient en train de faire d'autres choses, ou alors ils étaient avec leurs gamins autour d'eux tu vois, je pense que j'ai eu une fois où j'entendais les petits et que la nana je voyais qu'elle avait du mal à se concentrer, donc à ce moment c'est pas vraiment un entretien c'est plutôt euh un screening genre « ça va/ça va pas » tu sais vraiment un peu du débrouillage de « est-ce que ça va, vous avez pas envie de mourir » et c'est tout quoi. C'est du coup ... du coup ça perd en qualité, vraiment, parce que t'as vraiment l'impression ouais de faire un peu du screening à distance genre « ça va ? », « oui », « vous dormez ? », « oui », « vous mangez ? », « oui », mais c'est tout quoi c'est vraiment très ... pas très qualitatif dans le travail je trouve. »
Dr L*

Les aspects négatifs des entretiens par téléphone relevés par les professionnels soulignent leurs limites ; leur déroulement hors lieu dédié (le bureau en CMP) en constitue le principal et les rend « *pas très qualitatifs* », pour reprendre l'expression employée par le Dr L. Leur efficacité s'en trouve singulièrement limitée.

Discussion

Les éléments rapportés dans les parties précédentes nous amènent à discuter certains résultats et à proposer quelques ouvertures théoriques et pratiques sur l'organisation des services en psychiatrie après la période de crise sanitaire. Les avis étaient mitigés quant au déploiement du travail en distanciel dans les EPSM concernés par l'étude. L'étude permet d'établir clairement les limites du travail téléphonique : absence de langage non verbal, absence d'un lieu de soin défini, faible concentration des patient.e.s et des soignant.e.s durant l'entretien et baisse de la qualité liée à la durée de ce dernier. Pour les professionnels rencontrés, les inconvénients des entretiens par téléphone ont été plus importants que leurs avantages, ce qui peut amener à se poser la question de l'avenir de la télépsychiatrie.

En effet on a pu voir que le téléphone a très vite été abandonné après la fin du 1^{er} confinement (mai 2020) et la réouverture des structures de soins. Le présentiel a été préféré au distanciel lorsqu'il a de nouveau été autorisé. Cette étude a confirmé l'échec de la plateforme de télé médecine Prédice dans les établissements enquêtés, ce qui ne signifie pas une hostilité au principe de consultation à distance, pourvu qu'elle soit rendue possible par des moyens techniques adaptés. Deux psychiatres interrogés portaient un regard positif sur la téléconsultation, pouvant permettre une amélioration dans la prise en charge de certain.e.s patient.e.s. Mme E nous explique même qu'elle va se rendre au Danemark pour en apprendre davantage sur leurs méthodes de téléconsultation, bien plus avancées que celles employées en France :

« Mais euh ... ça pourra sans doute, enfin sûrement en tout cas, nous amener des éléments nouveaux, parce qu'il faut être aussi créatif dans nos organisations pour bien se réinterroger à chaque fois sur améliorer la qualité de prise en charge et le distanciel, c'est-à-dire la distance kilométrique des patients etcetera eux ils sont obligés de ... de fonctionner beaucoup avec les systèmes de visio avec leurs patients etcetera. Et puis tout ce qui est système de communication ça se développe de plus en plus et on ... on ... je pense qu'on aura intérêt de continuer à réfléchir parce que ça s'initie déjà dans le cadre de la prise en charge spécifique pour les personnes âgées des choses comme ça. » Mme J

La question des distances à parcourir pour gagner les lieux de soins psychiatriques est abordée par Chen et al. (7), à propos d'un pays (les États-Unis) beaucoup plus vaste que la France. Cette distance elle peut aussi se dévoiler lorsqu'un.e patient.e est en déplacement professionnel ou personnel (comme l'indiquait le Dr L avec une patiente qui était chez son compagnon dans une autre région française mais qui désirait continuer à être suivie par sa Dr). Certaines situations pourraient justifier le recours aux téléconsultations. Dans les Ehpad nous explique le Dr T un projet est envisagé :

« Alors l'année dernière on avait répondu à un appel à projet de l'ARS qui était de mettre en place une téléconsultation pour des sujets âgés, pour des personnes de plus de 65 ans. Et euh ... pour commencer ça devait se réaliser dans des Ehpad. Donc nous on avait euh ... on avait répondu à cet appel à projet et donc on avait proposé de travailler avec deux Ehpad donc pour mettre en place une téléconsultation pour des personnes âgées en Ehpad. Ce qui euh ... ce qui a plusieurs intérêts. Alors c'est déjà de pouvoir répondre à des demandes de consultation pour des personnes qui vont pas forcément avoir des facilités de ... de déplacement euh ... et nous on a pas forcément le temps d'aller dans les Ehpad pour voir euh ... c'est ... ça prend du temps hein, on se déplace, on va voir les équipes etcetera, ça prend quand même pas mal de temps. Donc euh ... donc ça permet de répondre à ces demandes qui sont un peu spécifiques, et puis ça permet aussi de rencontrer les personnels. C'est-à-dire que la téléconsultation je dirais même que c'est presque l'intérêt principal en réalité, c'est de pouvoir avoir l'avis des personnes qui sont auprès de la personne âgée. » Dr T

Les professionnel.le.s interrogé.e.s ne s'opposent pas aux téléconsultations, qui permettent, contrairement aux entretiens téléphoniques, une perception du langage non verbal (expressions, affects ...) L'absence de matériel opérationnel mis à leur disposition ou disponible pour les patients a mis en échec Prédice dans les établissements, bien que l'inscription à la plateforme ait été effective, pour les deux tiers des psychiatres du GHT à l'issue du 1^{er} confinement, pour 95% d'entre eux à l'issue du 2nd.

Conclusion

Alors qu'en début de pandémie, un certain nombre de services de psychiatrie sont réorganisés ou fermés, le besoin se fait sentir de rester en lien avec les patients qui ne pouvaient plus y être accueillis ou qui renonçaient à se présenter dans les lieux de soins de crainte d'y être contaminés. Prédice, la plateforme de téléconsultation conçue par l'ARS Hauts-de-France, n'a pas fonctionné, pour des raisons matérielles, d'où l'utilisation du téléphone pour l'organisation d'entretiens avec les patients, reconnue par l'Atih au mois de mai 2020 comme modalité légitime de contact avec eux.

La statistique d'utilisation du téléphone dans les entretiens atteste d'une intense activité sous cette forme durant le 1^{er} confinement (au mois d'avril 2020, près de 2/3 des actes ambulatoires enregistrés dans le RimP dans les établissements du GHT prennent la forme d'un entretien téléphonique).

Les entretiens menés avec des psychiatres et des infirmiers de ces 4 établissements rendent compte des organisations qui ont été adoptées durant l'année 2020, notamment pendant la 1^{re} période de confinement, de mars à mai, et de leurs points de vue sur les entretiens téléphoniques ; s'ils ont permis de maintenir un lien avec les patients, objectif que se sont en général fixé les équipes de psychiatrie, leur qualité a été jugée insatisfaisante (courte durée, difficultés de concentration, absence de cadre thérapeutique ...) et cette pratique a été rapidement abandonnée avec la réouverture des lieux de soins, alors même que certains avantages leur était reconnue (maintien d'un lien social, contribution à la lutte contre l'épidémie de Covid ...)

Aucun élément rapporté par les professionnels interrogés ne permet de penser que les entretiens téléphoniques se poursuivront de manière significative, même dans certaines situations particulières (patients éloignés, ne se présentant plus, ...) Le suivi du nouvel indicateur introduit dans le RimP, permettant de savoir si l'entretien a lieu en tête-à-tête, en téléconsultation ou au téléphone, rendra possible le chiffrage de ces différentes modalités d'entretien et les publics qu'elles concernent plus particulièrement (selon l'âge, le sexe, les pathologies ...)

Bibliographie

1. Covid-19 : usage des médicaments - rapport 5 [Internet]. EPI-PHARE. 2020 [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-rapport5/>
2. Salehein M, Plancke L, Amariei A. Impacts de l'épidémie de Covid-19 sur le recours aux soins au sein des établissements du Groupement hospitalier de territoire Nord - Pas-de-Calais en 2020. F2RSM Psy; 2021.
3. Massé G, Frappier A, Kannas S. Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française. L'information psychiatrique [Internet]. 2006 [cité 26 juill 2021];Volume 82(10):801-10. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-10-page-801.htm>
4. Luong CL. Et la psychiatrie se digitalisera. L'information psychiatrique [Internet]. 2018;94(5):333-5. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-5-page-333.htm>
5. Carretier E, Guessoum SB, Radjack R, Mao S-F, Minassian S, Blanchet C, et al. Adaptation des soins et télémedecine en période de confinement et de pandémie de Covid-19 : retour d'expérience d'une Maison des Adolescents. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence [Internet]. 1 mai 2021 [cité 29 avr 2021];69(3):132-7. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0222961721000209>
6. Morris NP, Hirschtritt ME. Telepsychiatry, Hospitals, and the Covid-19 Pandemic. PS [Internet]. 16 sept 2020 [cité 3 mai 2021];71(12):1309-12. Disponible sur: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ps.202000216>
7. Chen JA, Chung W-J, Young SK, Tuttle MC, Collins MB, Darghouth SL, et al. Covid-19 and telepsychiatry: Early outpatient experiences and implications for the future. Gen Hosp Psychiatry. oct 2020;66:89-95.
8. Poon NY, Pat Fong S, Chen HY. Child and adolescent psychiatry telemedicine: A singaporean experience born in Covid-19. Asian J Psychiatr. oct 2020;53:102336.
9. Bourdieu P. Le sens pratique. Actes de la Recherche en Sciences Sociales [Internet]. 1976 [cité 28 juill 2021];2(1):43-86. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1976_num_2_1_3383
10. Prédice. L'ARS pilote un ambitieux programme régional en e-santé [Internet]. [cité 9 août 2021]. Disponible sur: <http://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/predice-lars-pilote-un-ambitieux-programme-regional-en-e-sante>
11. Baudry P. Le non-verbal : un point de vue sociologique. Communication et organisation Revue scientifique francophone en Communication organisationnelle [Internet]. 1 nov 2000 [cité 11 août 2021];(18). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/2395>
12. Durkheim E. Les formes élémentaires de la vie religieuse [Internet]. PUF. Paris: Liens Socio; 1912 [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://journals.openedition.org/lectures/726>
13. Keck F. Goffman, Durkheim et les rites de la vie quotidienne. Archives de Philosophie [Internet]. 16 août 2012 [cité 6 sept 2021];Tome 75(3):471-92. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-archives-de-philosophie-2012-3-page-471.htm>
14. Goffman E. La mise en scène de la vie quotidienne. Minuit. Paris; 1956. (Le sens commun).

Annexes

Présentation des études GHT psy et Covid 2020

Contexte

Le premier confinement, dû à la crise sanitaire Covid-19, a débuté le 17 mars 2020 et a entraîné une réorganisation importante des services de psychiatrie, comme de l'ensemble du système de santé.

Le Dirm du GHT psychiatrie Nord - Pas-de-Calais et la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France ont décidé de la réalisation de deux études :

- la première porte sur l'évolution de la fréquentation des services, en fonction des périodes sanitaires de 2020, des caractéristiques des patients et des services (hospitalisation, ambulatoire ...)
- la seconde porte sur la mise en place du travail téléphonique avec les patients à partir du premier confinement de mars 2020.

Objectifs

Appréhender l'impact de la crise sanitaire sur le recours aux soins dans les services psychiatriques (étude 1)

Comprendre comment s'est déployé le travail téléphonique, ce qu'il a permis, ses limites (étude 2)

Modalités

Traitement des bases de données constituées au sein du GHT de la métropole, sur les hospitalisations et les actes ambulatoires, ainsi que quelques entretiens semi-directifs avec des professionnels du GHT (étude 1)

Entretiens semi-directifs avec des professionnels du GHT (étude 2)

Les entretiens seront menés par 2 étudiants de sociologie, stagiaires à la F2RSM Psy, Maxime Salehein (étude 1) et Corentin Pilet (étude 2), sous la responsabilité de Laurent Plancke.

Comité de pilotage

Un comité de pilotage a été mis en place, avec des représentants de chacun des 4 établissements : François Caplier, Solange Brisbout, Benjamin Taisne et Michaël Henon

Calendrier prévisionnel

Traitement des données et réalisation des entretiens : mai-juin 2021

Analyse et rédaction : juillet-août 2021

Personnes contacts

- Responsables du projet : Philippe Paradis philippe.paradis@ghttps-npdc.fr et Laurent Plancke laurent.plancke@f2rsmpsy.fr
- Maxime Salehein et Corentin Pilet, stagiaires stagiaires@f2rsmpsy.fr

4.

Guide d'entretien employé

Étudiant en sociologie, en stage à la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale.

Confirmation de l'enregistrement de l'entretien (normalement préalablement établi par mail ou téléphone)

Anonymisation de l'entretien, identité, lieu, personnes citées.

Est-ce que vous pouvez me parler de votre expérience du travail téléphonique avec les patients ?

Caractéristique socio-pro-démo

(Connaître la place de l'enquêté dans le service.)

- Sexe
- Âge
- Profession, expérience, ancienneté

Mise en place de l'outil

(Être en mesure de comprendre la mise en place de l'outil du téléphone. Pour identifier la différence de mise en place en fonction des services, des établissements)

- Quand a-t-il été décidé ?
- Comment a-t-il été reçu par la personne ? Par le service ?
- A-t-il été effectif tout de suite ?
- Est-ce que vous diriez que ça a un intérêt ? Des inconvénients ? Des limites ?
- Est-ce que ça a concerné toute la patientèle ? Âge, sexe, lieu de vie, pathologie ?

Formation du personnel

(Pouvoir connaître la formation en téléconsultation, téléphone des personnels de santé qui ont dû utiliser cet outil)

- La personne a-t-elle déjà utilisé l'outil avant sa mise en place ?
- A-t-elle été formé au préalable à son utilisation ?
- Comment a-t-il été reçu par la personne ? Par le service ?
- Y'a-t-il eu une réglementation précise sur l'utilisation du téléphone ? Les règles effectives à la mise en place de cet outil ont-elles été respectées ?
- Pour la visio-consultation il y avait-il des plateformes obligatoires ? Et pour le téléphone ?

Déroulement de l'entretien

. Relation patient / consultant

- Le secret médical a-t-il pu être respecté ? Pouvez-vous m'expliquer comment ?

- L'intimité et la confidentialité d'un entretien en présentiel ont-elles pu être effectives lors des entretiens téléphoniques ? Pouvez-vous me raconter cela ?
- Comment se sont déroulés les entretiens par téléphone sans la présence physique du médecin et du patient ?
- Environnement de l'entretien pour le patient, domicile ? Seul ? Concentré ?
- Environnement de l'entretien pour le consultant
- Pouvez-vous m'expliquer les différences principales que vous avez observé entre ces deux types d'entretien ?
- Pouvez-vous me dire si ces entretiens téléphoniques vous ont amené à changer vos méthodes de travail avec les patients ? Si oui, pouvez-vous m'en dire davantage ?

. Posture du patient

- Avez-vous eu des retours par les patients sur cet outil ? Certains se sont-ils opposés à son utilisation ? Certains ont-ils été satisfait de sa mise en place ?
- Pouvez-vous me raconter une situation concrète d'un entretien avec un patient qui vous a particulièrement intéressée, ou posée problème
- Tous les patients ont-ils pu avoir le même accès à l'outil ? Pouvez-vous me raconter des limites que vous avez pu rencontrer avec certains patients quant à l'utilisation du téléphone ? Ou certains avantages ?

Effectivité de l'outil

- A-t-il pu être utilisé de la même manière pour tous les patients ? Si non, pouvez-vous m'en dire plus ?
- Envisagez-vous de continuer à utiliser cet outil ? Pourquoi ?

. Avantages

- Pouvez-vous me citer les avantages que vous attribuez au travail téléphonique / visio-consultation ?
- Pouvez-vous me raconter un ou une patient.e avec qui cela s'est bien passé ?
- Certaines pathologies facilitent-elles ce travail ?

. Limites

- Pouvez-vous me citer les limites que vous attribuez au travail téléphonique / visio-consultation ?
- Pouvez-vous me raconter un ou une patient.e avec qui cela s'est mal passé ?
- Certaines pathologies sont-elles un frein à cet outil ?

Citation recommandée : Pilet C., Plancke L. Amariei A., Le travail téléphonique avec les patient.e.s dans les établissements publics de santé mentale du GHT Psychiatrie Nord - Pas-de-Calais pendant la crise sanitaire de 2020, Saint-André-lez-Lille, Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France, septembre 2021, 40 p.



F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

Ce rapport de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France rend compte des résultats d'une étude décidée avec le Groupement hospitalier de territoire (GHT) Psychiatrie Pas-de-Calais sur l'utilisation du téléphone dans les entretiens avec les patients durant l'épidémie de Covid en 2020. Elle s'est basée sur l'exploitation des bases d'activité de 3 des 4 établissements constituant ce GHT pour décrire leur nombre durant l'année 2020 et sur des entretiens semi-structurés avec des psychiatres et infirmier.e.s de ces établissements sur leur utilisation du téléphone dans leur travail avec les patients, son intérêt et ses limites.

Codés à partir de mars 2020, les entretiens téléphoniques sont très utilisés durant le 1er confinement (64% des actes en avril 2020) ; leur nombre diminue ensuite, fortement à partir de juillet, même si un léger rebond est enregistré en novembre, durant le 2e confinement.

S'ils ont permis de maintenir un lien avec les patients, objectif que se sont en général fixé les équipes de psychiatrie, leur qualité a été jugée insatisfaisante (courte durée, difficultés de concentration, absence de cadre thérapeutique ...) et cette pratique a été rapidement abandonnée avec la réouverture des lieux de soins, alors même que certains avantages leur était reconnue (maintien d'un lien social, contribution à la lutte contre l'épidémie de Covid ...)

Aucun élément rapporté par les professionnels interrogés ne permet de penser que les entretiens téléphoniques se poursuivront de manière significative, même dans certaines situations particulières (patients éloignés, ne se présentant plus, ...) Le suivi du nouvel indicateur introduit dans le RimP, permettant de savoir si l'entretien a lieu en tête-à-tête, en téléconsultation ou au téléphone, rendra possible le chiffrage de ces différentes modalités d'entretien et les publics qu'elles concernent plus particulièrement (selon l'âge, le sexe, les pathologies ...)



211, rue du Général Leclerc,
59350 Saint-André-lez-Lille



+ 33(0)3 20 44 10 34



contact@f2rsmpsy.fr



F2RSM PSY



www.f2rsmpsy.fr