



Master 2 Promotion de la Santé et Prévention

Promotion : 2020 – 2021

Date du jury : septembre 2021

**PREMIERS USAGES DE LA TELECONSULTATION
EN ADDICTOLOGIE**

Ambition et réalité, un état des lieux régional

Chloé ROUSSEL

Remerciements

Je tiens à remercier Solen Pelé, ma maîtresse de stage qui m'a accompagnée depuis le début de mon stage au sein de la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise (SRAE) en Addictologie des Pays de la Loire. Je tiens à la remercier pour l'accompagnement de qualité dont j'ai pu bénéficier. Elle a su se rendre disponible malgré sa charge de travail conséquente pour être là pour moi. Solen concourt à l'amélioration des pratiques de toute son équipe avec rigueur, écoute et bienveillance et ça se ressent au sein de la SRAE Addictologie. En effet, j'ai toujours pu compter sur l'ensemble de l'équipe quand j'avais besoin d'une précision et cela sans aucun jugement et à travers des échanges agréables. C'est pour cela que je remercie l'ensemble de l'équipe : Pascale Chauvin Grelier, Virginie Zaolo, Fabienne You et Emmanuelle Leborgne.

Merci à Delphine Moreau, ma référente de mémoire qui m'a soutenu et rassuré dans mes moments de doute. Ça a toujours été un plaisir de développer mon esprit critique à partir des pistes de réflexion qu'elle a su me soumettre dans les différents projets menés durant toutes mes études au sein de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes.

Je remercie également Laurie Marraud, présidente du jury de mémoire et spécialiste de la question des usages et des technologies numériques en santé et des conséquences de l'introduction des technologies de l'information et de la communication en santé, il me tarde de pouvoir bénéficier de votre regard sur cet état des lieux régional.

Merci à Roseline Bontemps, chargée de projets et Dr. Dominique Legrand, conseillère médicale à la Direction de la Santé Publique et Environnementale au Département Prévention et Actions sur les Déterminants de Santé de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Pays de la Loire d'avoir permis ce terrain de stage et de m'avoir orienté vers des acteurs pertinents.

Merci beaucoup à tous les professionnels spécialisés en addictologie des Pays de la Loire de m'avoir accordé du temps pour échanger sur les usages de la téléconsultation et pour leur participation au sein des groupes de travail régionaux de la SRAE Addictologie. Je tiens aussi à remercier les membres des Narcotiques Anonymes et d'Entraid'addict qui ont accepté que je les interviewe, qui ont accepté de me parler de leur problématique addictive. Je remercie également les autres acteurs pertinents qui ont pu nourrir la réflexion que ce soit au sein d'entretiens ou de webinaires, leur contribution est essentielle à souligner : le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) e-santé des Pays de la Loire, la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), le Collège Professionnel des Acteurs en

Addictologie Hospitalière (COPAAH), l'association ELSA France (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie), etc.

Je remercie Caroline Garond, assistante pédagogique de ce master pour sa réactivité et sa gaieté. Et merci à toute l'équipe pédagogique de ce Master pour son professionnalisme et son accompagnement qualitatif durant toute l'année qui vient de s'écouler et cela malgré le contexte sanitaire.

Merci à toute la promotion 2020-2021 de ce master, à tous mes camarades de classe de créer la richesse de cette formation par sa diversité.

Et bien évidemment merci à mes amis pour leurs conseils, leurs soutiens, leurs joies de vivre sans qui il m'aurait été impossible de décrocher mon diplôme : Nina, Alice, Manon, Baptiste, Perrine et Marguerite. Merci Cléo pour ta relecture.

Merci à ma famille d'avoir toujours cru en moi et en mes capacités.

Liste des sigles utilisés

ANS : Agence du Numérique en Santé

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

ARS : Agence Régionale de Santé

CA : Conseil d'Administration

CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

COPA AH : Collège Professionnel des Acteurs en Addictologie Hospitalière

CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens

CSAPA : Centre de soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CSP : Code de la Santé Publique

CST : Comité Scientifique et Technique

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DNS : Délégation au Numérique en Santé

ELSA : Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie

EM : Entretien Motivationnel

FA : Fédération Addiction

FSH : Fédération Santé Habitat

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GHT 44 : Groupement Hospitalier de Territoire Loire Atlantique

GRADeS : Groupement régional d'appui au développement de la e-santé

MCO : Médecine-chirurgie-obstétrique

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MIPROF : Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains

NA : Narcotiques Anonymes

PRPA : Programme Régional de Prévention des Addictions

PRS : Projet Régional de Santé

RdRD : Réduction des Risques et des Dommages

RPIB : Repérage Précoce et Intervention Brève

SDF : Sans Domicile Fixe

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SRAE : Structure Régionale d'Appui et d'Expertise

SSRA : Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie

TESIS : Télémédecine Échanges et Système d'Information de Santé

TSO : Traitement de Substitution aux Opiacés

URAA : Union Régionale des Acteurs en Addictologie

Table des matières

Introduction	1
Présentation de l'enquête	8
Partie I. La téléconsultation, un sujet à malentendus	15
A. Définition de la téléconsultation	15
• La téléconsultation, une compréhension disparate.....	15
• La facturation, une des modalités de définition de ce qui va être reconnu comme « téléconsultation »	18
• Le déroulement d'une téléconsultation	19
B. Les usages de la téléconsultation avant la crise sanitaire.....	20
C. La téléconsultation, l'un des leviers d'action pour faciliter l'accès aux soins en addictologie pendant la crise sanitaire	22
• L'adaptation des établissements spécialisés en addictologie pendant la crise du COVID-19	22
• Les solutions déployées par les professionnels spécialisés en addictologie pour répondre à la crise sanitaire	24
Partie II. Les enjeux spécifiques de la téléconsultation en addictologie	27
A. Les enjeux techniques et numériques	27
• Les contraintes matérielles et les prérequis pour les usagers et les professionnels.....	27
• L'impact de l'outil numérique dans la relation professionnel-usager.....	32
• Les attentes envers l'outil de téléconsultation	34
B. Les limites médicales	36
• La situation médico-psycho-sociale du patient.....	37
• L'examen clinique.....	39
• La relation professionnel/usager	40
Partie III. Les intérêts du développement de la téléconsultation en addictologie	45
A. La téléconsultation, un des leviers d'accès aux soins	45
B. L'apport de la téléconsultation dans la relation professionnel-usager.....	51
C. Les publics et les situations éligibles à la téléconsultation	53
Conclusion	55
Bibliographie citée	59
Ouvrages et articles scientifiques.....	59
Rapports et autres sources officielles.....	60
Articles de presse	61
Pages internet et sites	61

Introduction

« *L'addictologie est une discipline récente à la croisée des différentes spécialités médicales* » (Laqueille & Lucet, 2017), de toutes les disciplines qui s'intéressent à l'Homme et à ses conduites (psychologie, neurobiologie, clinique...) mais aussi aux substances qu'il consomme pour s'automodifier (pharmacologie, histoire des drogues...) et aux contextes qui interagissent sur ces conduites (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle) (Richard et al., 2009). « *Les approches classiques étaient initialement centrées sur les produits : alcool, drogue, tabac, médicaments. L'amélioration des connaissances a permis de préciser les définitions et de faire évoluer les concepts, permettant une meilleure compréhension des troubles* » (Laqueille & Lucet, 2017). En effet, le changement de paradigme qui s'est produit autour du concept d'addiction au début des années 2000 a permis de passer d'une « *perspective trans-produit* », d'une « *idéologie stigmatisante de la faute* » à une légitimation des « *politiques s'intéressant aux risques liés aux usages et aux moyens de les réduire* ». Mais aussi à une reconnaissance du fait que l'addiction « *résulte de conduites de consommation, motivées par la recherche universelle d'adaptation au monde, de bien-être et de plaisir* ». « *L'addictologie a pour objet ces conduites humaines d'autostimulation du plaisir et de modification du rapport au monde, pouvant comporter des risques et donner lieu à des dommages. Avec un tel objet complexe et évolutif, l'addictologie ne peut faire l'économie d'un abord écologique, multidimensionnel, bio-psycho-social et multi-varié selon le triptyque des interactions individu-produit-société. Aucune discipline, aucun éclairage, qu'il soit médical et neurobiologique, psychopathologique ou socio-anthropologique, ne peut prétendre mettre en lumière l'intégralité de ce système. La substance et son statut légal, les liens de son usage avec les valeurs sociales et culturelles de notre société « addictogène », les dimensions de vulnérabilités personnelles, les interférences produit/individu en sont des déterminants clés qui s'influencent mutuellement* » (Morel & Couteron, 2019).

Le caractère multidisciplinaire du champ des addictions explique qu'il soit divisé entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social. Plus précisément, l'offre de soins en addictologie se structure au sein des dispositifs suivants. Tout d'abord, le secteur hospitalier assure aux patients une permanence des soins au travers des consultations d'addictologie, des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), des services de soins de suite et de réadaptation en addictologie (SSRA) ou encore via une hospitalisation de jour et les activités de recours portées par le niveau 3. Ensuite, les acteurs de premier recours en ville, tels que les médecins généralistes, les pharmaciens ou encore les psychiatres investis en addictologie peuvent accompagner les personnes adoptant des conduites addictives. Enfin, les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), les Centres d'accueil

et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD) ainsi que les Consultations jeunes consommateurs (CJC), forment le secteur médico-social spécialisé en addictologie. À cela s'ajoutent des dispositifs de soins résidentiels collectifs et individuels comme, entre-autres, les communautés thérapeutiques et les appartements de coordination thérapeutique (Fédération Addiction, 2019). Cette offre plurielle vise à s'adapter aux besoins des usagers de produits psychoactifs dont les profils sont très variés. Les addictions sont par essence des pathologies et des troubles multidimensionnels, multi causaux où l'on observe des trajectoires individuelles extrêmement diverses. Pour certains consommateurs de substances, la question de l'accès aux soins en addictologie se posait déjà, et ce bien avant la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19. Pour atteindre les populations vulnérables et les plus précaires, le secteur médico-social met en place des dispositifs d'aller-vers (maraudes par des équipes mobiles de CSAPA et CAARUD, dispositif « TAPAJ », programme « un chez soi d'abord » etc). Par ailleurs, l'accueil inconditionnel « à bas seuil » et l'approche par réduction des risques et des dommages (RdRD) proposés par le secteur médico-social favorisent également l'accès aux soins et à l'accompagnement des usagers de substances psychoactives. À côté des structures précitées, nous retrouvons également des associations telles que des groupes d'auto-support et de soutien. Ce tissu associatif, particulièrement prégnant dans le champ des addictions encourage non seulement l'accès aux soins et à la RdRD, mais contribue aussi fortement à la participation effective des personnes concernées, et ce depuis déjà quelques décennies.

De nombreux français ont un usage quotidien de produits psychoactifs : 13 millions du tabac, 5 millions de l'alcool, 900 000 du cannabis, quand d'autres ont un usage plus occasionnel (OFDT, 2019). A l'âge de 17 ans, les adolescents sont nombreux à avoir expérimenté ces produits et une partie d'entre eux s'installent dans des usages plus réguliers. En effet, un quart fume quotidiennement du tabac et presque un adolescent sur dix consomme de l'alcool ou du cannabis au moins dix fois par mois. A cela s'ajoute les épisodes d'alcoolisation ponctuelle importante (API), près de la moitié d'entre eux reconnaît en avoir eu un au cours du mois passé. Les conduites addictives ne se limitent pas aux substances psychoactives, elles rassemblent également les addictions comportementales (usage excessif des écrans, jeux vidéo, jeux de hasard et d'argent, achats compulsifs, troubles des conduites alimentaires, etc.) qui peuvent enfermer et qui ne sont pas toujours maîtrisables. Tous les territoires sont concernés par des problématiques addictives peu importe leurs configurations : urbains, ruraux, métropolitains, ultramarins (Thierry & Reynaud, 2019). Les addictions débutent souvent à l'adolescence mais tous les âges sont concernés « *en fonction des aléas de la vie et de leur effet traumatique sur le sujet* » (Settelen, 2003).

Nicolas Prisse, le président de la MILDECA partage les dommages liés à ces niveaux élevés de consommation : « 73 000 décès liés au tabac chaque année, 41 000 décès liés à l'alcool ; le tabac et

l'alcool sont les deux premières causes de mortalité prématurée évitable. Un enfant sur 1 000 naît avec un syndrome d'alcoolisation fœtale lié à la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse. L'alcool est présent dans 30% des condamnations pour violences, 40% des violences familiales, 30% des viols et agressions. Un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 g d'alcool est présent dans près de 30% des accidents mortels de la route ; ¼ des accidents de la route est lié à la consommation de stupéfiants. Chaque année, 20 milliards d'euros sont dépensés par l'État et l'assurance maladie, pour prévenir ou prendre en charge les conséquences des consommations » (Thierry & Reynaud, 2019). Les conduites addictives constituent, de fait, un enjeu majeur de santé publique pour notre société et nécessitent une véritable mobilisation. Le président de la MILDECA souligne que l'offre de prévention, de soins, d'accompagnement et de réduction des risques et des dommages, proposée aujourd'hui est insuffisante. Il y a peu de besoins qui sont couverts : *« moins de 20% des personnes présentant un trouble de l'usage de substances bénéficient d'un traitement, qu'il s'agisse des fumeurs, des consommateurs problématiques d'alcool ou de drogues illicites »* (Thierry & Reynaud, 2019). Cet écart très important entre le nombre de personnes souffrant d'addiction et le nombre de patients traités définit le « treatment gap » (Jansen et al., 2015). Au sein du rapport commandé par le président de la MILDECA, les auteurs affirment que la France consacre des moyens insuffisants à la lutte contre les addictions. Le secteur spécialisé bénéficie d'une offre déficitaire. En effet les CSAPA n'ont que 300 000 places, ce qui signifie que *« l'immense majorité des personnes souffrant d'une addiction n'y aura pas accès »*. Seulement 10% des patients dépendants à l'alcool et 5% des consommateurs problématiques y sont suivis. Moins de 5% des jeunes consommateurs problématiques d'alcool ont été accueillis en CJC en 2016. Quant à l'hôpital, *« l'alcool est l'un des premiers motifs d'hospitalisation en France »*. 83,9% des hospitalisations en Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) sont liées à ses conséquences pathologiques alors que *« seulement 16,1% des séjours concernent le traitement de la dépendance »*. Pour ce qui est de la médecine de ville, *« 62% des généralistes n'ont pas suivi de formation spécifique en addictologie »*. *« Dans ce contexte, l'e-Santé doit être analysée afin de préciser son rôle dans l'amélioration de la prévention et des prises en charge. Les solutions informatiques peuvent répondre en effet à plusieurs catégories de besoin en fonction des technologies »* (Thierry & Reynaud, 2019).

Selon Nicolas Prisse, l'e-santé constitue une ressource dont il faut se saisir afin de garantir une meilleure prise en charge. L'e-santé *« semble particulièrement adaptée dans le cadre de disciplines qui requièrent relativement peu d'examen complémentaires et reposent sur des outils de repérage standardisés et des interventions brèves. Elle peut également s'avérer une réponse précieuse aux problématiques d'aménagement du territoire en matière d'accès aux soins. Plus généralement, les outils numériques permettent de nouvelles opportunités pour l'accompagnement des patients »* (Thierry & Reynaud, 2019). Le rapport de Jean-Pierre Thierry et Michel Reynaud avance qu'il est

indispensable dans le cadre de la lutte contre les drogues et les conduites addictives de développer « *un plan pour le déploiement progressif et intégré des solutions de e-Santé* », « *pour la prévention et pour la réduction significative du « treatment gap » qui laisse actuellement un grand nombre de patients sans prise en charge* » (Thierry & Reynaud, 2019).

Le terme « e-santé » a été défini à l'origine par John Mitchell en 1999 comme un nouveau terme nécessaire pour décrire l'utilisation combinée des technologies de l'information et de la communication dans le secteur de la santé. Il s'agit de l'utilisation, dans le secteur de la santé, de données numériques - transmises, stockées et récupérées par voie électronique - à des fins cliniques, éducatives et administratives, tant sur le site local qu'à distance. Ce terme recouvre désormais une réalité plus large, puisqu'il inclut tout dispositif ou logiciel informatique relatif à la santé, centré autour de deux domaines : La télésanté, c'est-à-dire la santé médiée par les outils de télécommunication (télémédecine, télésurveillance et santé mobile) et la robotique, définie comme un ensemble de techniques utilisant des machines automatiques ou des robots, qui comprend à la fois la robotique médicale proprement dite (par exemple, les robots chirurgiens) et l'utilisation de programmes basés sur l'intelligence artificielle (Ferreri et al., 2018).

En 1998, l'Organisation mondiale de la santé, définissait la télémédecine comme de la médecine à distance (ANS, 2020). Il s'agit en effet d'une « *forme de pratique médicale à distance fondée sur l'utilisation des technologies de l'information et de la communication* » (HAS, 2016). La télémédecine apparaît aujourd'hui comme un dispositif qui pourrait permettre de répondre aux défis que doit relever le système de santé français : évolution de la démographie médicale, inégalités territoriales d'accès aux soins, augmentation des maladies chroniques, vieillissement de la population, prise en charge de la dépendance, parcours complexes, problématiques de mobilité, de précarité, etc. La télémédecine est une modalité de soin qui englobe des pratiques distinctes les unes des autres, cinq actes médicaux différents : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance et la régulation médicale (HAS, 2016). « *La pratique de la télémédecine a été reconnue par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, consolidée dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 22 juillet 2009 et, enfin, inscrite dans le Code de la santé publique en 2010* » (décret no 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine) (Mathieu-Fritz & Esterle, 2013). Cette évolution réglementaire établit la reconnaissance officielle de la téléconsultation et prouve l'intérêt des autorités pour son déploiement. Elle a été suivie en septembre 2018, de l'introduction du financement à l'acte. Ainsi, « *la mise en application de l'article 36 de la convention entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins* » permet un recours à la téléconsultation dès le 15 septembre 2018 avec un remboursement sous la forme d'un paiement à l'acte. Seules les

visioconférences sont concernées, ce qui incite les professionnels à s'en saisir, les échanges téléphoniques ne l'étant pas (Thierry & Reynaud, 2019).

La téléconsultation est une consultation médicale réalisée à distance par un patient et un professionnel de santé. Lors de cette consultation à distance, le patient peut également être assisté d'un autre professionnel de santé. Cet accompagnement est remboursé par l'assurance maladie. La téléconsultation peut maintenant « *bénéficier à tous les types de patients, quel que soit leur âge ou leur pathologie* ». Le professionnel doit évaluer la pertinence du recours à cette pratique et le patient doit donner son consentement. Pour être remboursé par l'assurance maladie, la téléconsultation doit respecter certains critères : « *elle doit être réalisée par vidéotransmission, le patient doit être connu par le médecin, avec au moins une consultation en présentiel dans les 12 derniers mois et le patient doit respecter le parcours de soins indiqué par son médecin traitant, sauf pour les spécialités d'accès direct et autres exceptions* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

« *Le décret du 29 décembre 2017 portant définition de la Stratégie Nationale de Santé (SNS) pour la période 2018-2022 considère comme nécessaire de généraliser dans la pratique quotidienne l'usage de la télémédecine* », en priorisant dans un premier temps les téléconsultations et les télé-expertises et en construisant un cadre éthique de l'utilisation de la télémédecine, afin qu'elle puisse bénéficier à l'ensemble de la population (Cayol, 2020). Sur le site internet de l'Agence du Numérique en Santé, un onglet est dédié au virage numérique et explicite la mutation que notre système de santé connaît depuis quelques années. Il explicite comment s'est concrétisée cette mutation numérique avec la présentation en 2018 par le Président de la République d'une politique de transformation de notre système de santé : Accélérer le virage numérique. Cette politique est « *portée par le Ministère des Solidarités et de la Santé, et forte d'une convergence singulière de l'ensemble des acteurs de l'écosystème de la e-santé, une stratégie nationale du numérique en santé a vu le jour en avril 2019. Son pilotage est assuré par Dominique Pon et Laura Létourneau, respectivement responsable et déléguée ministériels de la Délégation au Numérique en Santé (DNS). De cette stratégie découle une feuille de route qui s'articule autour de cinq grandes orientations et de trente actions.* » (ANS, s. d.).¹

Le développement des activités de télémédecine pour faciliter les échanges entre professionnels et accompagner les parcours des usagers et des patients a connu un essor ces dernières années. La téléconsultation a fait ces preuves sur un certain nombre de spécialités mais elle reste peu utilisée dans le champ des addictions. A ce jour, l'application au contexte de l'addictologie reste toujours peu développée même si son intérêt est souligné. Ce constat est partagé par les professionnels de l'addictologie de la région des Pays de la Loire qui participent déjà à différents projets expérimentant

¹ Page web non datée, consultée le 3 avril 2021.

les activités de télémédecine (Programme Régional de Prévention des Addictions, Appel à Projets Alcool, Fonds de Lutte Contre les Addictions, Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens) ou envisagent le développement des activités de télémédecine comme un recours pour faciliter le parcours (difficultés de déplacements, démographie médicale contrainte, etc.). La SRAE Addictologie des Pays de la Loire s'est donné pour objectif de produire un cadre d'expérimentation et de repères à destination des professionnels et des usagers pour qualifier les usages et faciliter le développement des usages de la téléconsultation et inscrire ses pratiques en complémentarité des activités présentes « *conventionnelles* ». Pour ce faire, la SRAE Addictologie a créé un groupe de travail intitulé « *Téléconsultation en addictologie* », l'animation de ce groupe de travail fait partie intégrante de mon stage de fin d'études de Master 2 de Promotion de la Santé et de Prévention.

A travers l'étude du déploiement de la téléconsultation en addictologie sur la région des Pays de la Loire, il est intéressant de se demander *dans quelle mesure la téléconsultation répond aux attentes qu'elle fait naître en addictologie ? De quelle manière sa mise en œuvre est capable de répondre aux enjeux spécifiques qu'elle soulève en addictologie ?* En effet l'usage de la téléconsultation convoque des enjeux éthiques liés notamment au consentement des patients à l'ère du numérique, à la sécurité des données de santé, à des enjeux techniques et numériques par exemple chez des usagers en situation de précarité qui ne seraient pas équipés d'outils adaptés (smartphones, ordinateurs, connexion internet, etc), avec une faible littératie numérique, dans une potentielle situation de fracture numérique, à des enjeux territoriaux d'inégalité d'accès aux soins, avec parfois des problèmes de mobilité, des déserts médicaux et puis à des enjeux organisationnels telle que l'adhésion des équipes. Outre ces enjeux communs à la téléconsultation de manière générale, la téléconsultation en addictologie soulève des enjeux spécifiques notamment dans la relation soignant-soigné qui rejoignent ceux de la psychiatrie et de la santé mentale. En effet, la téléconsultation offre, au patient et à son thérapeute, des conditions d'interaction particulières et modifiées par rapport au présentiel. « *Le cadre physique et symbolique de la relation psychothérapeutique est bouleversé, les conditions d'observabilité et d'audibilité mutuelles sont moins bonnes qu'en face-à-face, les praticiens éprouvent, de diverses manières, une impression de distance dans la relation au patient – sur le plan social, cognitif ou émotionnel. Le nouveau cadre thérapeutique, du fait d'une plus grande ouverture, mais aussi des petits dysfonctionnements techniques qui surgissent lors des séances, rend les interactions plus fragiles – au sens où celles-ci peuvent être perturbées ou interrompues plus facilement qu'au cours du face-à-face se déroulant dans l'espace protégé du cabinet* » (Mathieu-Fritz, 2018).

Nous pouvons faire l'hypothèse que la crise sanitaire et plus particulièrement le premier confinement de mars 2020, ont renforcé le recours à la téléconsultation en addictologie et ont créé une véritable fenêtre d'opportunité. Il s'agit d'un concept en science politique et plus particulièrement

d'un modèle initié par John W. Kingdon dans un ouvrage paru en 1984, *Agendas, Alternatives and Public Policies*, et devenu depuis un classique de la littérature en matière de mise sur agenda. Une fenêtre d'opportunité est un contexte spécifique favorable au développement d'une politique caractérisé par la conjonction de différents éléments : le flux des problèmes, des politiques et de la politique. Le flux des problèmes (*problem stream*) est formé par les problèmes dont les autorités publiques prêtent attention. Le flux des politiques (*policy communities*) constitue l'ensemble des solutions d'actions publiques disponibles et susceptibles d'être prise en compte par les acteurs des politiques publiques. Quant au flux (de la) politique (*political stream*) il est composé chez Kingdon de l'opinion publique et ses revirements, des forces politiques organisées (les partis), des changements dans le gouvernement et l'administration (alternance, changement de personnel) et des actions groupes de pression-négociations collectives (lobbies). Quand tous ces flux convergent, on peut avoir une fenêtre d'opportunité. Selon Kingdon il s'agit du moment où « *un problème est reconnu, une solution est développée et disponible au sein de la communauté des politiques publiques, un changement politique en fait le moment adéquat pour un changement de politiques et les contraintes potentielles ne sont pas trop fortes* » (Ravinet, 2019). En effet, avant la crise sanitaire, la téléconsultation était utilisée depuis plus de 30 ans mais elle connaissait un « *développement limité en dehors de quelques pays dont les États-Unis et les pays du nord de l'Europe* ». Le nombre d'actes de téléconsultation restait très limité en France et « *négligeable, voire nul, en addictologie* » (Thierry & Reynaud, 2019). Son intérêt pratique a été accentué par la crise sanitaire liée au COVID et son déploiement a été simplifié par les autorités. En effet, on peut voir sur la page web relative à la téléconsultation du Ministère des Solidarités et de la Santé que « *dans le cadre des accords du Ségur de la santé, le développement de la téléconsultation partout sur le territoire constitue un enjeu clé de la transformation du système de santé. Pour y parvenir, des mesures fortes prendront effet prochainement² : l'assouplissement du principe de la consultation en présentiel du patient dans les 12 derniers mois* » ainsi que « *la possibilité de déroger dans certaines conditions au parcours de soins coordonné avant une téléconsultation* » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

La fermeture totale et partielle des structures spécialisées en addictologie pendant la crise sanitaire a accru le recours à la téléconsultation. Il est donc pertinent de se demander *comment est-ce que la crise sanitaire est venue accroître le besoin des professionnels de l'addictologie de déployer des outils pour maintenir le lien en distanciel avec leurs patients/usagers ? Quel est l'état de sa mise en œuvre en addictologie ? Quelles sont les différentes attentes et les différents besoins des professionnels*

² Au 9 septembre 2021

et des usagers à l'égard de la téléconsultation ? Et enfin quels sont les enjeux spécifiques que soulève la téléconsultation en addictologie ?

Présentation de l'enquête

Pour étudier l'état des usages de la téléconsultation en addictologie, je me suis appuyée sur le travail que j'ai réalisé dans le cadre de mon stage au sein de la SRAE Addictologie. Cette dernière a été créée en décembre 2016 par l'ARS des Pays de la Loire et son portage a été confié à l'Union Régionale des Acteurs en Addictologie (URAA) dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) des Pays de la Loire 2012-2016. La SRAE Addictologie contribue à l'amélioration de la fluidité des parcours de prévention, de soins et d'accompagnement des patients et usagers par le soutien des acteurs de l'addictologie et de leurs partenaires. Elle n'est pas un réseau de prise en charge des patients. Ce dispositif est animé par une équipe opérationnelle de 5,8 ETP, qui coordonne des actions d'échanges, de réflexions, et d'appui aux acteurs de l'addictologie, sous la double gouvernance du Conseil d'Administration (CA) de l'URAA et de l'ARS des Pays de la Loire. La contractualisation de la SRAE Addictologie avec l'ARS se fait via un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). L'équipe est composée d'une coordinatrice régionale en charge de la stratégie et du pilotage, d'un médecin addictologue en charge de la conduite des travaux scientifiques, d'une cheffe de projet en Santé Publique en charge de l'accompagnement des projets, d'une experte tabacologue en charge du soutien à la diffusion des outils d'intervention de type Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) et Entretien Motivationnel (EM), d'une assistante de direction en charge de l'accompagnement de l'équipe et des projets et enfin d'une doctorante en sociologie (SRAE Addictologie, 2021).

La genèse du groupe de travail « *Téléconsultation en addictologie* » est issue du Programme Régional de Prévention des Addictions (PRPA). En effet, l'ARS a financé dans le cadre du PRPA un projet d'expertise, de développement de la télémédecine pour les addictions comportementales fin 2018. Ce projet est porté par le CHU de Nantes et a été créé en réponse à des difficultés de prise en charge sur l'ensemble de la région sur cette thématique. La SRAE Addictologie apporte un soutien méthodologique sur ce projet. Il a fait émerger l'idée de développer les activités de télémédecine au-delà des addictions comportementales. La réflexion sur l'intérêt de l'utilisation de la télémédecine dans le champ large des addictions et de son éventuel déploiement sur la région a débuté au sein du Conseil d'Administration de l'URAA. Le besoin d'un appui méthodologique pour le recours à la téléconsultation a été formulé par les membres du CA. C'est à partir de ces besoins de terrain que le groupe de travail régional « *Télémédecine en addictologie* » a été constitué en février 2020. Il s'agit d'un projet qui est venu s'ajouter au portefeuille de projets de la SRAE Addictologie. Ce groupe est

composé de professionnels de l'addictologie (soignants, cadres, directeurs d'établissements). La SRAE Addictologie accompagne la réflexion et le développement du projet. La pandémie du COVID-19, et particulièrement la phase de confinement en mars 2020, a renforcé la nécessité de proposer des outils alternatifs au présentiel. Le groupe de travail s'est réuni cinq fois entre février et juin 2020. Ces réunions ont permis d'échanger sur les attentes, les besoins, les risques et les constats des premiers retours d'utilisation. Les premiers échanges interrogent notamment les enjeux éthiques (pour les patients et pour les professionnels), les contraintes techniques (matériel, lien avec les outils métiers...), les questions de reconnaissance et cotation de l'activité, et la nécessité d'accompagner les professionnels dans le développement des usages. Ces éléments ont fait l'objet d'une synthèse et ont permis d'identifier des axes de travail (Annexe 1).

Le cadre de la télémédecine étant large, il a été convenu de centrer l'accompagnement des professionnels sur les usages de la téléconsultation. Un sous-groupe de travail « *Téléconsultation en addictologie* » a été formé et j'ai été chargée de l'animer, ce qui est plus réaliste et adapté à la temporalité de mon stage. L'objectif général de ce groupe de travail est d'accompagner les professionnels spécialisés en addictologie sur la région des Pays de la Loire dans le développement des usages de la téléconsultation afin de produire des repères pour qualifier ces usages.

Afin de répondre aux questions de mon mémoire, j'ai commencé par réaliser une revue de littérature sur la thématique de la téléconsultation, de ses usages en addictologie et des enjeux inhérents à son utilisation dans le champ des addictions. J'ai utilisé au départ différentes équations de recherche sur Cairn, Pub Med et Google Scholar avec des mots clefs comme : téléconsultation, télémédecine, télésanté, e-santé, addictologie, addiction, usage, retour d'expérience, représentation, téléphone, repères, déploiement, développement, covid, crise sanitaire, numérique, consentement, sécurité des données, limite, intérêt, attente, enjeux, impact, etc. Au cours de ce travail, j'ai pu orienter mes recherches afin d'approfondir certaines thématiques notamment sur la question de la tarification de la téléconsultation en addictologie, sur les fonctionnalités des différents outils de téléconsultation, sur la structuration de l'offre de soins en addictologie, etc. J'ai également visualisé des webinaires afin d'alimenter la réflexion : un webinaire de l'Agence du Numérique en Santé (ANS) permettant de comprendre ce qu'est une messagerie sécurisée MSSanté, de présenter les modalités pour s'équiper et utiliser cette messagerie au quotidien (ANS, 2021b) ainsi qu'un séminaire sur les pratiques de la Télémédecine en addictologie du COPAAH et de l'Association Française des ELSA. Au sein de ce séminaire, j'ai pu bénéficier de la présentation des résultats d'une enquête nationale COPAAH et ELSA France : « *Evaluation des intérêts et des limites de la télémédecine hospitalière en addictologie* » (Annexe 2). J'ai également assisté au symposium MAPS 2 sur les Impacts et le pilotage des innovations numériques en santé mentale, à un webinaire sur le consentement à l'ère du numérique par l'Espace

Ethique Azuréen ainsi qu'à un webinaire animé par le Consortium Fédération Addiction (FA), Fédération Santé Habitat (FSH) et le Groupe SOS Solidarité sur les systèmes d'informations numériques pour les établissements et services du secteur des personnes en difficultés spécifiques (Fédération Addiction, 2021).

- *Les entretiens semi-directifs avec le sous-groupe de travail « Téléconsultation en addictologie »*

Comme je l'ai souligné en introduction, l'offre de soins en addictologie est aujourd'hui structurée au sein de différents dispositifs qui sont complémentaires. L'addictologie est multidisciplinaire elle regroupe différents métiers, différentes spécialités. J'ai essayé de constituer un échantillon représentatif des professionnels de l'offre de soins en addictologie. Ainsi, je me suis entretenue avec des professionnels exerçant dans des structures médico-sociales tels que les CSAPA, les CAARUD et les CJC. Mais aussi avec des professionnels exerçant dans le secteur hospitalier proposant notamment des consultations, de l'hospitalisation de jour, de l'hospitalisation complète et des services de SSRA (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives, 2019), ainsi que des professionnels exerçants en libéral. De cette manière, j'ai réalisé quatorze entretiens semi-directifs avec l'ensemble des membres du sous-groupe de travail « *Téléconsultation en addictologie* ». L'échantillon semble assez représentatif des professions impliquées dans les parcours en addictologie : médecins, psychiatres, addictologues, infirmière, psychologues, secrétaire, cadre de santé, cadre coordonnateur. Ils ont une pratique de la téléconsultation assez variée. Ces entretiens étaient structurés en trois parties : une première sur l'usage de la téléconsultation et l'impact de la crise sanitaire sur les pratiques professionnelles, une deuxième sur les enjeux spécifiques de la téléconsultation en addictologie et une dernière sur leurs retours d'expérience s'ils en ont (Annexe 3A). Ils ont duré entre 37 minutes et 1h37.

Une des limites que je pourrais soulever est celle d'un possible biais de sélection. En effet, les professionnels interrogés participent au groupe de travail. Certains sont donc intéressés par la téléconsultation ou sont missionnés par leur direction. Les motivations peuvent donc être individuelles et/ou institutionnelles. Pour autant, ça n'a pas empêché de soulever les difficultés et les enjeux de la téléconsultation en addictologie comme nous pourrons le voir au sein du développement. Pour ce qui est de la représentativité de l'échantillon, les professionnels du social ne sont pas représentés tels que les travailleurs sociaux, les éducateurs spécialisés, les assistants sociaux, les conseillères en économie sociale et familiales. Tous les départements sont représentés à l'exception de la Sarthe. Les établissements présents dans l'échantillon ont des territoires d'interventions à la fois ruraux et urbains.

- *La composition des membres du sous-groupe de travail*

Statut	Structure	Recours à la téléconsultation	Outil utilisé	Autre
Psychologue	CSAPA	Non		
Psychiatre addictologue, cheffe de service	CSAPA	Oui	Pulsio	
Médecin addictologue	CSAPA	Non		
Médecin	CSAPA	Oui en médecine libéral	Doctolib	
Psychiatre addictologue	CHU	Oui	Covalia	
Psychologue, référente CJC	CSAPA	Oui	Pulsio	
Secrétaire médicale	CSAPA hospitalier	Non		
Infirmière	Communauté thérapeutique	Non		Téléexpertise
Psychiatre addictologue, médecin coordinateur	Etablissement médico-social	Non		
Cadre coordonnateur	CSAPA hospitalier	Non		Téléexpertise
Cadre de santé	CSAPA hospitalier	Non		Téléexpertise
Psychiatre, addictologue	CHU	Oui	Covalia	
Médecin addictologue	CHU	Oui	Covotem	Téléexpertise
Médecin addictologue	SSRA	Oui	Pulsio	

- *Les entretiens semi-directifs avec les usagers*

L'addictologie « ne se réduit pas aux savoirs professionnels et « experts », quels qu'ils soient, mais doit aussi intégrer les savoirs usagers et expérientiels. Ceux-ci sont distincts, différents, ils ne s'acquièrent pas à l'université ni dans les écoles, et sont souvent ignorés. L'avenir de l'addictologie se joue dans sa capacité à les associer dans ses approches, ses pratiques, ses institutions, ses formations, ses recherches, etc. Ils ont déjà montré leur apport essentiel dans l'invention et l'adaptation de la substitution ou du vapotage, comme dans toutes les pratiques de réduction des risques. Ils ont leurs propres domaines de développement, ceux de l'empowerment, de l'autonomie et du rétablissement » (Morel & Couteron, 2019). C'est pour cela qu'il me paraissait essentiel de m'entretenir avec des usagers, des patients, des associations de soutien afin de pouvoir bénéficier du savoir expérientiel des individus et prendre connaissance des besoins de chacun. Il s'agit de disposer d'un regard croisé entre les professionnels et les usagers sur la question de la téléconsultation en addictologie. Dans ce cadre, j'ai eu l'opportunité de m'entretenir en présentiel dans les bureaux de la SRAE Addictologie avec trois membres des Narcotiques Anonymes (NA) (Annexe 3B) ainsi qu'en distanciel via Zoom avec deux membres de l'association Entraid'addict (Annexe 3C). Un seul de ces dépendants³ a bénéficié des

³ C'est le terme que ces cinq usagers ont utilisé en se présentant : « Je m'appelle X, je suis dépendant ». Même s'ils sont tous abstinents, ils continuent d'avoir un rapport problématique à ces différentes substances psychoactives

téléconsultations mais tous ont eu recours à des outils tel que Zoom pour assister ou animer des groupes de paroles.

- *Les entretiens d'informations*

Au fil de mon travail, j'ai complété ces entretiens semi-directifs avec des entretiens d'informations auprès d'acteurs qu'il me semblait pertinent d'interroger pour éclairer des aspects précis. J'ai commencé par m'intéresser aux interventions locales existantes autour de la télémédecine. De cette manière, j'ai réalisé un entretien auprès d'une chargée de mission Projets médicaux et qualité du Groupement Hospitalier de Territoire Loire Atlantique (GHT 44). Le GHT étant défini comme un terrain d'innovation pour développer des modes de prise en charge innovants tel que la télémédecine, il était pertinent de s'entretenir avec elle (Réseau hôpital & GHT, 2018). Ensuite, je me suis entretenu avec des acteurs régionaux particulièrement influents sur le sujet de la téléconsultation en Pays de la Loire. De fait, j'ai réalisé plusieurs échanges avec une chargée de projets et une conseillère médicale à la Direction de la Santé Publique et Environnementale au Département Prévention et Actions sur les Déterminants de Santé de l'ARS des Pays de la Loire. En tant que tutelle, ces échanges avaient pour objectif de les tenir informées de l'avancée de mon projet de stage. Cela m'a permis également de questionner la représentativité de mon échantillon notamment d'intégrer les ELSA dans la réflexion et de m'orienter vers d'autres acteurs institutionnels pertinents tels que la MILDECA. Les échanges avaient pour objectif de leur faire des retours de terrain, sur les usages de la téléconsultation en addictologie sur la région et des éventuels leviers d'action à soulever pour accélérer le déploiement. Aussi, j'ai rencontré des chefs de projet Télésanté e-santé du GCS e-santé des Pays de la Loire (Annexe 3D) et j'ai pu bénéficier d'une démonstration de l'outil de téléconsultation Covalia Web privilégié par l'ARS des Pays de la Loire. En cherchant à identifier les régions sanitaires pilotes pour l'expérimentation d'une intégration territoriale de la e-Santé pour l'amélioration de la qualité de la coordination des soins et du parcours des patients bénéficiant de l'appui des Groupements régionaux d'appui au développement de la e-santé (GRADeS), j'ai été orienté vers le responsable du GCS Télémédecine Échanges et Système d'Information de Santé (TESIS) de l'île de la Réunion. Afin de connaître les ambitions et la position à un niveau d'intervention national sur le développement des téléconsultations en addictologie, je me suis entretenue avec la MILDECA et la DGOS. Ainsi, j'ai réalisé un entretien d'information auprès d'une chargée de mission santé et d'un chargé de mission numérique de la MILDECA (Annexe 3E). De fait, j'ai pu me renseigner sur les moyens mis en œuvre sur le plan national et en région, sur les éventuels retours sur les premiers usages et les impacts de la crise sanitaire. Mon entretien avec une professionnelle de la DGOS m'a permis d'obtenir plus d'éléments sur le cadre réglementaire de la téléconsultation (Annexe 3F). Compte tenu du contexte sanitaire, la

majorité des entretiens se sont déroulés via Zoom ou, à défaut, en conférence téléphonique. Une fois ces entretiens réalisés, je les ai retranscrits partiellement afin de faire des synthèses de chacun d'entre eux (Annexes 4,5 et 6). J'ai ensuite réalisé une grille d'analyse afin d'analyser les matériaux recueillis.

- *Les groupes de travail régionaux*

De plus, j'ai pu présenter une analyse partielle des entretiens semi-directifs à différents groupes de travail régionaux de la SRAE Addictologie afin de nourrir la réflexion avec les professionnels spécialisés en addictologie sur la région. Dans un premier temps au sein du Comité Scientifique et Technique (CST). « *Il s'agit d'un groupe de travail pluridisciplinaire et opérationnel animé par la SRAE Addictologie des Pays de la Loire ayant pour mission de décliner des travaux à partir des besoins des acteurs de l'Addictologie en Pays de la Loire* » et des orientations de l'ARS. Le CST permet d'identifier des thématiques prioritaires de travail (issues des orientations stratégiques, par auto-saisine, sur demande des acteurs et en fonction des données scientifiques et organisationnelles...) ainsi que de produire des livrables, de les diffuser vers les acteurs de terrain, d'évaluer leur appropriation et d'assurer leur mise à jour (SRAE Addictologie, 2019). Ensuite j'ai pu présenter mes résultats au sein des groupes de travail régionaux « *Télé médecine en addictologie* » et « *Téléconsultation en addictologie* ». Le groupe de travail régional « *Télé médecine en addictologie* » est composé majoritairement de responsables, directeurs de structures, les échanges au sein des différents groupes de travail permettent ainsi de croiser les pratiques professionnelles, les réalités de terrain et les regards. N'ayant pas de professionnels faisant partie des ELSA au sein de ces sous-groupes de travail, avec la coordinatrice régionale il nous a semblé pertinent de présenter également cette analyse au groupe de travail régional ELSA animé par la SRAE addictologie afin de compléter l'échantillon. A travers ces réunions avec les groupes de travail, j'ai eu la possibilité d'échanger sur les difficultés que rencontrent les professionnels et sur la faisabilité pour eux de recourir à la téléconsultation. Ces moments de restitution font partie de la démarche de recherche, ils permettent d'affiner, de compléter l'analyse en identifiant les problématiques que rencontrent les professionnels. Ainsi j'ai pu avoir accès à des échanges informels sur les questions qu'ils se posent en addictologie et nous avons pu coconstruire ensemble des préconisations. Ces groupes de travail régionaux me permettent de commencer à réfléchir à l'objectif final de mon stage : la production de livrable, de guides de bonnes pratiques explicitant la marche à suivre, le processus pour les professionnels et les usagers souhaitant recourir à la téléconsultation.

- *Les limites*

J'aurais aimé réaliser des observations au sein des établissements spécialisés en addictologie de la région afin de mieux appréhender la structuration de l'offre, les missions des différentes structures, les usagers qu'ils accueillent et les professionnels qui y travaillent. J'aurais souhaité assister à des téléconsultations auprès des professionnels, de pouvoir les voir utiliser les outils de téléconsultation avec leurs logiciels métier. Malheureusement ceci n'a pas été possible dans le temps imparti et dans le contexte de la crise sanitaire. La période estivale et les vacances d'été ont limité les échanges avec les professionnels et les usagers. Les représentations et les retours d'expérience des professionnels étaient une priorité compte tenu de mes missions de stage au sein de la structure. De fait, élargir l'échantillon d'usagers serait pertinent pour alimenter la réflexion.

Pour étudier les usages de la téléconsultation en addictologie, je reviendrai dans un premier temps sur la notion de téléconsultation, ce sujet complexe, au travers de sa définition, de ses usages avant la crise sanitaire, de l'impact de cette dernière sur l'accès aux soins en addictologie et des attentes qu'elle fait naître chez les professionnels et les usagers en addictologie (partie 1). Dans un second temps, j'aborderai les enjeux spécifiques de la téléconsultation en addictologie c'est-à-dire ses enjeux techniques et numériques, l'état clinique du patient, ses limites médicales, les craintes des professionnels ainsi que ses limites organisationnelles (partie 2). Ensuite, je m'intéresserai aux intérêts du développement de la téléconsultation pour la filière addictologique, plus particulièrement les intérêts médicaux, organisationnels, relatifs à la relation soignant-soigné et les profils des patients et des usagers (partie 3). Pour finir et au sein d'une conclusion, je prendrai de la distance avec ce mémoire afin d'identifier ses limites et d'ouvrir vers de nouvelles perspectives.

Partie I. La téléconsultation, un sujet à malentendus

A. Définition de la téléconsultation

La téléconsultation est un acte de télémédecine au côté de la téléexpertise, de la télésurveillance, de la téléassistance et de la régulation médicale. Ce sont cinq actes de télémédecine réservés aux professionnels médicaux. La téléconsultation « *a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient* » (ANS, 2021c). Ainsi, elle permet de consulter à distance un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021).

A ce jour certains professionnels de l'addictologie recourent ou aimerait réaliser des consultations à distance mais ces usages ne sont pas encadrés. Il existe un décalage entre le cadre réglementaire et les usages. Dans le cadre de ce mémoire, j'ai choisi d'utiliser le terme téléconsultation en l'élargissant de sa définition restrictive, limitée aux professionnels médicaux. En effet, des usages et des besoins sont identifiés en addictologie chez les infirmières, les travailleurs sociaux ainsi que chez les psychologues. J'utiliserai donc ce terme pour désigner l'ensemble des consultations et des soins exercés entre des professionnels spécialisés en addictologie et leurs patients grâce au numérique. De plus, la téléconsultation est le terme majoritairement utilisé par les différents acteurs en addictologie pour parler des consultations à distance de manière générale.

- *La téléconsultation, une compréhension disparate*

Les actes autorisés ne sont pas les mêmes pour les professionnels médicaux que pour les autres professions. Ça ne s'appelle pas explicitement téléconsultation. Pour les auxiliaires médicaux et les pharmaciens, on parle de télésoin par exemple. Il s'agit d'« *une nouvelle pratique professionnelle à distance instaurée par la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (loi OTSS), en application de la stratégie « Ma santé 2022* ». Le télésoin vise à *faciliter l'accès aux soins des patients et à améliorer la coordination entre les professionnels de santé* ». Il a été intégré le 24 juillet 2019 au Code de la Santé Publique (ANS, 2021c). Le télésoin permet de bénéficier d'un soin à distance en utilisant les technologies de l'information et de la communication avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux afin par exemple d'effectuer un bilan de traitements médicamenteux, de poursuivre un programme de rééducation ou de réaliser un diagnostic de pédicurie-podologie. Il existe deux situations de soin qui sont exclues du télésoin : lorsque la situation nécessite un contact direct

en présentiel avec le patient et lorsqu'un équipement spécifique est nécessaire auprès du patient. La liste des 18 professions de santé concernées par le télésoin est :

Professions de santé concernées par le télésoin

- | | |
|--|--------------------------------------|
| - Audioprothésistes | - Orthopédistes-orthésistes |
| - Diététiciens | - Orthophonistes |
| - Épithésistes | - Orthoprothésistes |
| - Ergothérapeutes | - Orthoptistes |
| - Infirmiers | - Pédiçures-podologues |
| - Manipulateurs d'électroradiologie médicale | - Pharmaciens |
| - Masseurs-kinésithérapeutes | - Podo-orthésistes |
| - Ocularistes | - Psychomotriciens |
| - Opticiens-lunetiers | - Techniciens de laboratoire médical |

(HAS, 2021)

Cependant, il existe d'autres professions impliquées dans le parcours de soins en addictologie des usagers qui pratiquent ou qui aimeraient pratiquer des consultations à distance. Mme T, professionnelle au sein de la DGOS affirme que « *au-delà des professionnels médicaux d'une part, des auxiliaires médicaux et des pharmaciens d'autre part, on n'est plus dans le cadre de la télésanté et on n'est plus dans le cadre de ce qui est prévu par le Code de la Santé Publique (CSP). Par exemple c'est le cas des psychologues et tous les professionnels du social. Ça veut dire qu'ils peuvent exercer à distance mais c'est hors de ce cadre-là. Ce n'est pas interdit donc nous on considère qu'ils peuvent le faire. D'ailleurs les psychologues le font. Par contre ça ne renvoie pas à ce corpus juridique* ». Ainsi, ces professions ont des pratiques qui ne sont pas encadrées par les articles du CSP sur la téléconsultation. Ils se questionnent, de fait, sur la réglementation et les potentiels risques professionnels et juridiques encourus. Il existe différentes zones de flou autour de ces termes : le fait que ces distinctions ne sont pas claires pour les professionnels alors qu'il y a des enjeux au niveau des autorisations et des remboursements, les professions concernées, etc.

Mme T, professionnelle au sein de la DGOS indique que « *pour tous ceux qui ne sont pas dans les textes, rien ne s'y oppose et en même temps il n'y a pas de cadre* ». Madame A, psychologue au sein d'un CSAPA affirme qu'« *au début ce n'était pas très clair* » le type de professionnels qui pouvait faire de la téléconsultation au sein de sa structure ». En effet, elle affirme que la plateforme de téléconsultation utilisée dans son CSAPA était prévue pour les médecins au départ, que les psychologues comme elle-même ont pu l'utiliser car ils avaient un numéro ADELI. « *Pour les autres fut un temps ça ne l'était pas et puis ça l'a été. Je crois que maintenant c'est possible parce que j'ai un collègue, des infirmiers, des éducateurs qui peuvent faire des entretiens* ».

Sur sa page web relative à la téléconsultation, la DGOS explicite que pour que les téléconsultations soient remboursées par l'assurance maladie au même tarif que les consultations en présentiel, elles doivent « *respecter certaines règles et être réalisées par vidéo transmission* » (DGOS, 2021a). Pourtant lors de mes entretiens, j'ai constaté que ce n'était pas clair pour les enquêtés. En effet, pour certains la téléconsultation est une consultation téléphonique. Pour reprendre les mots de Madame A., psychologue au sein d'une structure médico-sociale, il s'agit de « *nouvelles formes de consultations qui ne sont pas en présentiel et qui sont tout autant avec le téléphone que la visio* ». Selon Mme J, cadre coordinatrice d'un hôpital « *la téléconsultation est un acte d'accompagnement du parcours de soin de la personne qui se fait également via un média quel qu'il soit* ». Parfois la confusion peut être alimentée par leurs logiciels métiers comme nous pouvons le voir avec Mme A : « *on a un logiciel qui fait que l'on rentre nos actes à chaque fois qu'on voit un usager et en fait quand on rentre un acte, il y a deux choses : la téléconsultation, c'est plutôt quand on les a au téléphone et je crois qu'il y a visioconsultation quand on les a eu en visio* ». De plus, même en ayant bien précisé que je m'intéressais à la téléconsultation, je me suis retrouvée avec plusieurs professionnels au sein de mon groupe de travail qui pratiquent la téléexpertise et non la téléconsultation. Notamment Mme H., infirmière au sein d'un CSAPA résidentiel, qui définit la téléconsultation comme une « *plateforme d'échanges entre professionnels [...] où l'on peut rencontrer un professionnel pour nous accompagner dans notre vie quotidienne, dans notre démarche de soin* ». Selon Mme I., psychiatre addictologue et médecin coordinateur d'un établissement médico-social, la distinction entre téléexpertise et téléconsultation serait inhérente au fait d'être accompagné et d'être chez soi ou bien dans une salle dédiée : « *La téléconsultation pour moi les deux personnes sont, le patient est aussi à domicile. Je pense que c'était de la télémédecine parce que là ce qui était fait c'était des psychiatres qui étaient sur X et les personnes allaient au CMP, étaient accueillies par un infirmier et du coup ils n'étaient pas à leur domicile. C'était les infirmiers qui les accompagnaient, qui installait tout et c'était le médecin qui était à Limoges qui faisaient la consultation de la personne qui était au sein des locaux. Je pense que ça s'apparente plus à de la télémédecine qu'à de la téléconsultation* ».

Monsieur E, psychiatre addictologue au sein d'un hôpital reconnaît que « *pour l'instant on pratique de manière un peu sauvage le cadre législatif* ». De part ce flou réglementaire, certains professionnels au sein du sous-groupe de travail s'interrogent sur les risques qu'ils peuvent encourir. En effet, Mme I me demande : « *A partir du moment où on fait une ordonnance, si on n'a pas vu la personne et qu'il y a un souci derrière, ça peut nous être reproché. Mais si on la voit seulement en téléconsultation, est-ce que ça peut nous être reproché ?* ». Elle finit par me dire qu'il faut imaginer tous les scénarios possibles pour réagir face aux problèmes. Quand j'interroge Mme T. de la DGOS à ce sujet, elle me répond que « *le cadre de la responsabilité est le même que celui d'une consultation en présentiel. La question c'est :*

est-ce qu'il y a une perte de chance pour le patient du fait que ce soit fait à distance ? La question c'est : est-ce que le médecin à un moment a l'impression que d'être à distance induit que le patient est moins bien pris en charge qu'en présentiel ? Et dans ce cas-là il doit toujours être en mesure d'interrompre la téléconsultation et de proposer une consultation en présentiel à son patient, et le patient est libre de le refuser aussi ». Elle poursuit : « Mais la responsabilité est la même qu'on prescrive des opiacés en présentiel ou à distance et les risques d'overdose existent et ça ce n'est pas le fait d'être à distance qui le créé ». Pour ce qui est des activités concernées, elle explique que « dans la définition qui a été posée par la HAS, en gros est autorisé à distance tout ce qui ne demande pas un équipement spécifique non disponible auprès du patient et/ou le contact en présentiel du professionnel de santé. En gros est autorisé tout ce qui peut être réalisé à distance et est interdit strictement tout ce qui ne peut pas être réalisé à distance. Donc aucune situation n'est exclue a priori. Et ensuite la question ça va être comment c'est remboursé, comment c'est reconnu par l'assurance maladie ? ».

- *La facturation, une des modalités de définition de ce qui va être reconnu comme « téléconsultation »*

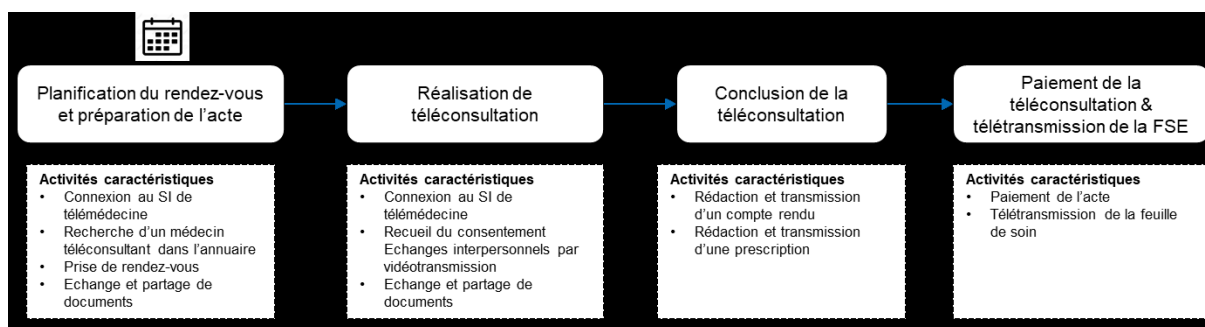
En effet, la question de la facturation de ces actes à distance est un sujet à prendre en considération. La DGOS a créé un guide en décembre 2019 intitulé : « *Facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement de santé explicitant selon le secteur de prise en charge principale du patient, les modalités et conditions de facturation* » pour les patients externes et admis aux urgences, pour les patients hospitalisés et pour les patients résidant en EHPAD bénéficiant d'une téléconsultation par un médecin d'un établissement de santé. Pour ce qui est des patients externes et admis aux urgences, les actes facturables sont gradués selon que la téléconsultation est effectuée par un médecin généraliste, par un médecin spécialiste en médecine générale ou par un médecin spécialiste (hors médecin généraliste, psychiatre, neurologue, neuropsychiatre) ou par un psychiatre, neurologue, neuropsychiatre. La DGOS parle de cas particulier quand la téléconsultation est effectuée par un psychiatre à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables. Alors que pour les patients hospitalisés, les possibilités de facturation se font en fonction du type d'établissement du médecin téléconsultant et du lieu de prise en charge du patient (nature de l'activité et nature de l'établissement) (DGOS, 2019). Il n'existe pas de guide, de référentiel propre à la facturation de la téléconsultation en addictologie. L'offre de soins en addictologie est déclinée en plusieurs dispositifs : sanitaire et médico-social et amène différentes pratiques, différentes professions qui ne sont pas soumis aux mêmes modalités de financement (dotation globale, tarification à l'activité, etc.). Et de fait, ne répond pas aux mêmes modes de tarification, amène différentes situations de facturations. C'est pourquoi il est essentiel de souligner la complexité de la question de la facturation, elle est spécifique

à l'offre de soins en addictologie. Les questions relatives à la facturation sont encore en cours de clarification au plan national. En effet, Madame T. de la DGOS indique qu'il s'agit de « *conventions entre les différents professionnels et l'Assurance Maladie. Ce sont des négociations pour négocier des actes et des tarifs. C'est en cours pour les différentes professions [éligibles au télésoin] et arrivera donc selon les calendriers de négociations conventionnelles, il y en a qui ont commencé début 2021, d'autres auront lieu pour 2022. Les partenaires conventionnels vont décider des actes à distance qui entrent dans le cadre de ce qui est remboursé. Il s'agit du cadre conventionnel qui fixe le remboursement, là où le cadre réglementaire fixe ce qui est autorisé. Il est déjà autorisé de réaliser un entretien à distance entre une infirmière et son patient. Aujourd'hui, la loi l'autorise parce que c'est un soin qui ne demande pas de contact physique. Donc ça rentre dans le cadre de ce qui est autorisé* ». Madame T. explique aussi qu'une réflexion du côté de la DGOS est en cours depuis mai 2021 dans le but de pouvoir lancer un groupe de travail avec la DGS, la Société Française de Santé Digitale, les ARS et des professionnels de terrain pour avoir des retours d'usage sur la télémédecine en addictologie, qui permettent ainsi de construire des organisations types qui soient ensuite diffusables. Pour ce faire, ils sont à la recherche d'équipes motivées, de contacts. Ces usages ne sont donc pas encore complètement définis au plan national et cette question de la facturation est encore à régler. Les usages innovants en addictologie devraient permettre de faire évoluer le cadre réglementaire. La DGOS devrait s'emparer du sujet à la rentrée 2021.

- *Le déroulement d'une téléconsultation*

« *Afin de soutenir le déploiement de la télémédecine, la loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014 instaure une expérimentation pour quatre ans de télémédecine dans neuf régions-pilotes : le programme ÉTAPES (expérimentation de télémédecine pour l'amélioration du parcours en santé)* » (DGOS, 2021b). Ce programme a permis de poser un cas d'usage générique pour la téléconsultation en identifiant les fonctionnalités attendues d'un système de téléconsultation et en structurant le référentiel fonctionnel de télésanté (ANS, 2021c).

Le déroulement d'une téléconsultation reste sensiblement identique à celui d'une consultation en présentiel. Les étapes sont organisées de la manière suivante :



(ANS, 2021c)

Afin de pallier « l'absence d'une doctrine claire et définie autour du numérique en santé » ressentie par les acteurs de l'écosystème de la e-santé, l'Agence du Numérique en Santé a créé la doctrine du numérique en santé. Son élaboration avait été annoncée dans l'action 3 de la feuille de route « Accélérer le virage numérique en santé ». Sa publication fournit « le cadre de référence dans lequel devront s'inscrire les services numériques d'échange et de partage de données de santé dans les prochaines années ». Elle permet aux porteurs des services numériques de santé (GRADEs, établissements de santé, éditeurs de solutions, intégrateurs) d'orienter leurs maitrises d'ouvrage et leurs maitrises d'œuvre. Un volet est entièrement dédié à la télésanté au sein de cette doctrine (ANS, 2021a). Quand je demande à Mme T. de la DGOS, quel serait l'outil de téléconsultation idéal pour la DGOS, elle me répond que « l'idée ce n'est pas qu'il y ait un outil national de télésanté, c'est de laisser se développer l'offre d'outils de télésanté. Il y a plus d'une centaine d'outils de téléconsultations, il y a soixante-dix outils de télésurveillance, il existe beaucoup d'outils aujourd'hui. On estime que c'est au marché de proposer des outils et à chacun des professionnels ou aux établissements de santé de se saisir d'outils qui correspondent à leur projet médical ou de soins ». Ce cas d'usage générique précise les fonctionnalités d'un système de téléconsultation et participe à la définition de la téléconsultation au travers du référentiel fonctionnel de télésanté.

Comme nous avons pu le voir en introduction, la crise sanitaire semble avoir créé une véritable fenêtre d'opportunité pour le déploiement de la téléconsultation. Malgré cela, il est pertinent de se demander quels étaient les usages de la téléconsultation avant la crise du COVID-19 ?

B. Les usages de la téléconsultation avant la crise sanitaire

« Sous l'impulsion des expérimentations menées pour le développement de la télémédecine, les Agences Régionales de Santé, accompagnées par leurs structures de maîtrise d'ouvrage régionales en e-santé (aujourd'hui GRADEs), ont, le plus souvent, encouragé la construction d'une ou plusieurs plateformes régionales de télémédecine ». Afin d'accompagner le déploiement de la stratégie

régionale de télémédecine, l'ARS des Pays de la Loire et le GCS e-santé ont fait le choix d'une plateforme régionale de télémédecine, la solution Covalia développée par Maincare. « *La mise en place de services de télémédecine par les ARS à destination des patients et des professionnels de santé de la région a fait l'objet d'une instruction ministérielle (instruction n°SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets de e-santé). Outre le rappel des principaux référentiels à respecter pour tout système d'information de santé (identification, PGSSI-S, CI-SIS), cette instruction instaure un socle commun minimum de services à mettre en œuvre en priorité dans chaque région. Celui-ci contient, entre autres, les services de télémédecine pour permettre la prise en charge à distance et coordonnée d'un patient* » (ASIP Santé et al., 2019).

« *Environ 8% de la population fait face à une situation de faible accessibilité* » aux soins. Il existe plusieurs raisons explicitant cette situation, notamment : la démographie médicale déclinante, le vieillissement de la population et l'évolution des pathologies, les aspirations nouvelles des jeunes médecins qui souhaitent travailler davantage en équipe et recherchent un meilleur équilibre entre vie privée et vie professionnelle, etc. Pour répondre à ces enjeux, Edouard Philippe et Agnès Buzyn ont présenté le Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires le 13 octobre 2017. Les solutions qui sont proposées sont les suivantes : des aides à l'installation, la généralisation de la télémédecine, une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital ainsi que le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles, etc. (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019). Les mesures de ce plan ont des niveaux d'intervention différents mais complémentaires. Certaines relèvent du niveau national comme l'entrée de certains actes de télémédecine dans le droit commun. Alors que d'autres reposent sur des initiatives territoriales. « *Les ARS seront chargées du pilotage du plan et, selon les cas, de faciliter, d'encourager, de coordonner les initiatives locales* ». Le déploiement de la télémédecine se poursuit avec la publication en septembre 2018 de la stratégie Ma santé 2022 qui « *propose une vision d'ensemble et des réponses globales aux défis auxquels est confronté le système de santé français. Tout d'abord, des inégalités dans l'accès aux soins, avec de plus en plus de Français qui connaissent des difficultés à accéder à un médecin dans la journée et sont parfois contraints de se rendre aux urgences par défaut. Ensuite, des aspirations chez les professionnels à mieux coopérer entre eux, à disposer de davantage de temps pour soigner leurs patients et à être formés autrement* ». Pour ce faire, cette stratégie encourage la télémédecine avec la « *définition de cibles prioritaires (structures d'exercice coordonné, EHPAD, hôpitaux de proximité...)* et l'association d'autres professions de santé dans les territoires » (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018).

L'objectif de la stratégie régionale de déploiement de la télémédecine est de « *favoriser l'émergence de projets territoriaux, en co-portage et co-financement avec les collectivités territoriales et les autres partenaires des territoires* ». L'ARS assure le pilotage des projets, avec l'appui du GCS e-

santé (ARS Pays de la Loire & GCS e-santé Pays de la Loire, s. d.). Les projets de télémédecine doivent répondre à certains critères afin d'être soutenus par l'ARS et le GCS e-santé. Ils doivent être cohérents avec les priorités du PRS c'est-à-dire être destinés aux personnes âgées en EHPAD, aux populations fragilisées, à la santé mentale et à l'addictologie ou bien à la santé des jeunes. Ils se doivent également d'être en cohérence avec les autres projets territoriaux déjà engagés ou à venir et de répondre à des critères de pertinence, de faisabilité et de coût. Le choix de la plateforme régionale de télémédecine Covalia a été réalisé « à l'issue d'un dialogue compétitif impliquant largement l'ensemble des acteurs régionaux ». La plateforme porte trois types d'actes : la téléconsultation, la téléexpertise et la télérégulation. (ARS Pays de la Loire & GCS e-santé Pays de la Loire, s. d.). Covalia n'était pas spécifiquement pensé pour l'addictologie ou pour une autre spécialité. Il s'agit d'un outil générique adaptable aux différentes pratiques. L'objectif poursuivi avec l'outil Covalia « était de mettre à disposition des acteurs une plateforme mutualisée pour l'ensemble des usages de télémédecine et de parcours. La plateforme est inscrite dans la stratégie numérique régionale 2018- 2022 (PRS 2) ». (ARS Pays de la Loire & GCS e-santé Pays de la Loire, s. d.). De plus, la téléconsultation n'était pas utilisée par les acteurs de l'addictologie des Pays de la Loire avant la crise sanitaire. Aucun professionnel ou usager interrogé y avait eu recours. Ils ne connaissaient donc pas l'outil Covalia et n'avaient pas pu le tester. Ce qui illustre bien les faibles usages en addictologie de la téléconsultation dans cette région.

C. La téléconsultation, l'un des leviers d'action pour faciliter l'accès aux soins en addictologie pendant la crise sanitaire

- *L'adaptation des établissements spécialisés en addictologie pendant la crise du COVID-19*

L'accès aux soins pendant la pandémie de Covid-19 est une problématique à laquelle se sont confrontés les professionnels et les patients en addictologie. Pendant la crise sanitaire, les structures spécialisées en addictologie ont dû se réorganiser. Celles accueillant du public ont été contraintes à restreindre leurs activités et à mettre en place les gestes barrières. Les établissements hospitaliers n'ont pas été fermés mais ont dû pour certains se réaménager en unité COVID et ont subi une pénurie de personnels. Les soins pratiqués en addictologie se déroulent en partie dans les établissements médico-sociaux tels que les CAARUD ou les CSAPA qui possèdent un accueil pour orienter le patient et délivrer le matériel ou les médicaments nécessaires ainsi que des services divers pour répondre aux besoins des patients (douches, machines à laver, permanence social, dépistages, etc). Elles ont rencontré des difficultés dès le début de la crise sanitaire pour assurer la permanence des soins et

pallier les nouvelles difficultés que les patients ont rencontré au fur et à mesure de l'avancée de la pandémie en France.

Tout d'abord les professionnels ont dû réorganiser l'accueil dans les établissements. Certains services ont dû être fermés comme les salles d'eau (douches, laveries) dans les CSAPA et les CAARUD, d'autres ont pu continuer mais ont dû être restreintes. Ainsi, les accueils collectifs ont été arrêtés et les accueils individuels ont été diminués. Les permanences physiques étant réduites, beaucoup d'établissements ont décidé de prolonger leurs activités d'accueil téléphonique ou ont eu recours à la téléconsultation. Certains patients qui n'avaient pas accès aux technologies ou qui n'avaient pas suffisamment de réseau internet pour les utiliser ont été perdus de vue. Afin de ne pas perdre le lien avec les patients, les professionnels ont essayé de les appeler très régulièrement afin de pouvoir quand même assurer un suivi et intervenir si besoin (OFDT, 2020).

Quand on interroge les professionnels du sous-groupe de travail sur l'adaptation de leurs structures aux confinements, les réponses sont disparates. Certains établissements ont complètement fermé quand d'autres sont restés ouverts. Les activités médicales ont été priorisées. Le CSAPA de Madame A est notamment resté ouvert pendant le premier confinement pour la partie médicale, afin « *de pouvoir continuer de délivrer des traitements de substitution* ». En tant que psychologue elle est passée en 100% télétravail, ce qui l'« *a obligée à apprendre à travailler autrement* ».

Une autre difficulté pendant cette crise a été le manque de personnel. Entre les personnes en arrêt maladie et celles qui devaient prendre des congés pour garder leurs enfants, le manque de personnel dans ces établissements est très vite devenu un problème organisationnel. Cela était d'autant plus problématique qu'avec les confinements et les restrictions sanitaires d'autres difficultés se sont ajoutées pour certains patients. Ils ont eu en général beaucoup plus de difficultés dans toutes leurs habitudes de vie que ce soit pour se nourrir, trouver un hébergement, avoir une bonne hygiène ou encore se déplacer. Les professionnels devaient trouver des hébergements pour les patients sans domicile fixe (SDF) mais les centres d'hébergements n'acceptaient plus personne. Certains patients s'organisaient en squat ou en colocations de fortunes qui pouvaient être problématiques. Il y avait une difficulté d'accès aux drogues surtout en période de confinement ce qui a créé des problèmes liés au manque. Les patients étaient aussi dans une grande demande d'aide alimentaire et les professionnels étaient obligés d'engager de nombreuses démarches pour obtenir ce dont ils avaient besoin.

Par ailleurs, comme de nombreux autres établissements étaient aussi fermés, la communication avec les partenaires se faisait difficilement, ce qui a entravé l'accès aux soins pour les patients. Les professionnels ont dû alors se tourner vers d'autres partenaires actifs pendant cette période avec lesquels ils ont dû créer de nouveaux liens pour pallier les difficultés rencontrées. Ainsi les CAARUD et

les CSAPA se sont mis en lien avec des dispositifs d'urgence comme le Samu social, les maraudes alimentaires, les restos du cœur, les bains-douches, les centres d'hébergement d'urgence (Paroles, 2020).

Lors de l'accueil des patients dans les structures spécialisées en addictologie, en plus de la baisse de personnels, certains centres ont dû faire face à un manque de matériel. Au début de la crise, ils ont rencontré des difficultés d'accès aux équipements de protection individuels : masques et gel hydroalcoolique. Ils ont dû s'assurer qu'ils auraient suffisamment de matériel de RdRD et de traitements de substitution aux opiacés pour les patients. L'organisation et la dispensation ont été revues et des visites ont été organisées dans les pharmacies et d'autres lieux de distribution. Les patients qui venaient chercher leurs traitements substitutifs aux opiacés (TSO) et matériel de RdRD dans les établissements sont moins souvent venus car avec la mise en place du confinement et des contrôles policiers, les usagers de drogues se sont déplacés plus dans les périphéries des villes et donc plus loin de ces établissements (Le Bourhis & Thiétard, 2020).

De plus, la question de l'accès au soin a été particulièrement aiguë pour certains publics. Pendant le premier confinement, les prisons qui étaient pleines ont dû faire sortir rapidement certains de leurs détenus sans pouvoir organiser le relai vers les structures. Certains CAARUD et certains CSAPA interviennent en milieu carcéral et mettent parfois en place des TSO pour les personnes détenues qui en ont besoin et en assurent leur suivi. Ces sorties précipitées ont entraîné des problèmes de suivi de traitement.

On voit que dans le domaine de l'addiction, les professionnels se sont trouvés confrontés à de nouvelles problématiques mais ont aussi dû assurer leurs activités quotidiennes avec une baisse de moyens humains et matériels. Cette surcharge de travail et l'anxiété permanente qui en a découlé a déstabilisé les professionnels de ce secteur. Pourtant, ils ont réussi à tenir et à développer de nouvelles solutions pour continuer à maintenir leur activité auprès des patients qui en avaient besoin.

- *Les solutions déployées par les professionnels spécialisés en addictologie pour répondre à la crise sanitaire*

L'adaptation des protocoles de prise en charge et des pratiques professionnelles du champ des addictions est constante et alimentée par la crainte principale de voir les usagers de drogues « développer un état de manque, associé à des souffrances physiques et psychiques, redoublant leur vulnérabilité à l'épidémie ». Une des sources d'inquiétude des professionnels s'est portée sur le risque d'aggravation des addictions, « lié au transfert des consommations d'un produit à un autre et au cumul des facteurs de vulnérabilité à la dépendance. Les observations du dispositif TREND (dispositif national

qui assure une veille qualitative sur les phénomènes émergents au sein des populations particulièrement consommatrices de produits psychoactifs) indiquent que la priorité a d'abord été d'assurer la continuité des soins en adaptant l'accompagnement et l'accueil, notamment pour la délivrance des médicaments de substitution aux opioïdes » (MSO) et l'accès au matériel de RdRD (OFDT, 2020). Prenons l'exemple de la ville de Nantes pour illustrer la manière dont les intervenants des CSAPA et des CAARUD se sont adaptés pour accompagner les usagers de drogues pendant le confinement. Dès le 18 mars, un plan de continuité des services a été mis en place au sein des établissements médico-sociaux accompagnant les usagers de drogue. Ainsi, les TSO et le matériel de RdRD étaient distribués individuellement au comptoir au lieu d'être en libre-service. « En ce qui concerne l'activité médicale, les consultations ont été maintenues pour les usagers qui n'étaient pas stabilisés et l'orientation en pharmacie de ville fut privilégiée pour les autres ». Quant aux consultations peu urgentes, elles ont été reportées. « Un important travail de renouvellement des ordonnances fut réalisé par l'envoi de fax dans les pharmacies pour les personnes qui n'avaient pas de délivrance in situ ». Plusieurs activités ont été suspendues, notamment la passation des TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostique), les nouvelles demandes de prise en charge, les activités de médiation en collectif (ateliers d'écriture, groupes de parole, ateliers cuisine), les maraudes pédestres et les rencontres avec les partenaires (que ce soit avec les services d'addictologie de l'hôpital ou de l'association Les Apsyades) (Le Bourhis & Thiétard, 2020).

En réponse au manque d'accès au matériel de Réduction des Risques et des Dommages et aux structures d'accueil pour les usagers de drogues pendant la crise sanitaire, les professionnels spécialisés en addictologie se sont mobilisés afin d'anticiper les besoins en matériel de RdRD. Cela a engendré une augmentation considérable du nombre d'usagers de drogues ayant recours aux dispositifs de RdRD à distance. Dans ce contexte, « l'accueil à distance et l'envoi postal de matériel de RdRD viennent pallier la diminution de l'offre d'accueil physique, les réductions d'offres de transport et les restrictions de déplacement ». La distribution de matériel de RdRD par la poste a montré toute sa pertinence dans ce contexte de pandémie (Torres-Leguizamon et al., 2020).

Les confinements ont entraîné un manque de ressources chez les usagers qui ne pouvaient plus faire la manche. Les CSAPA et les CAARUD se sont adaptés « pour maintenir le lien avec leurs patients, trouver des hébergements pour les populations en grande précarité et se rapprocher des nombreux services à vocation sociale » (Boussouar, 2020). De nombreuses initiatives se sont développées sur le territoire nantais avec la mise à disposition de repas et d'hébergements d'urgence (hôtels, gymnases, préfabriqués) (Le Bourhis & Thiétard, 2020).

Comme nous venons de le voir, la crise a permis le déploiement de mesures visant à lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins notamment avec la réduction des risques à distance. La pandémie de la COVID19, et particulièrement la phase de confinement en mars 2020, a renforcé la

nécessité de proposer des outils alternatifs au présentiel : la télémedecine, la téléconsultation, etc. En effet, si la majorité des CSAPA a conservé des modalités d'accueil, certains ont cessé ou « *réduit leur capacité d'accueil du public dans leurs locaux et ont prolongé leur activité via des permanences téléphoniques ou des téléconsultations en visioconférence* » (mises en œuvre par 95 % des CSAPA dans l'enquête ARMSSA, enquête sur l'adaptation des réponses médico-sociales et sanitaires en addictologie). Les intervenants des CSAPA ont indiqué que de nombreux usagers avaient besoin de « *ce soutien dans leurs démarches de gestion de leurs consommations ou de l'abstinence (choisie ou subie)* » (OFDT, 2020). Les structures spécialisées en addictologie se sont engagées dans « *la mise en place de ces moyens jusqu'ici peu développés* » (Boussouar, 2020). La crise sanitaire a incité les professionnels à inscrire l'usage de ces outils en complémentarité de leurs pratiques présentes conventionnelles, et les a poussés à innover (OFDT, 2020). Selon Madame B, psychiatre addictologue et cheffe de service dans un CSAPA : « *Ça a été un grand chamboulement du jour au lendemain, on a été obligé de se débrouiller avec les moyens du bord. On a dû prendre tous les ordinateurs qu'on avait, les ordinateurs portables. Celles qui s'occupent de l'informatique chez nous, nous ont donné des accès à distance mais on n'avait pas assez d'ordinateurs pour tout le monde. Les gens ont fait avec leur téléphone personnel quand ils étaient en illimité ce n'était pas un problème. Mais sinon on a payé des abonnements, pris tous les téléphones qu'on avait dans l'association pour les donner aux gens. Et après on s'est débrouillé avec des groupes de discussion WhatsApp pour essayer de se transmettre des infos mais s'en mettre le nom des patients parce que ce n'est pas sécurisé. C'était assez compliqué. Après on a rouvert juste pour les initialisations CSAPA, les premières prescriptions de Métadone parce qu'il faut quand même évaluer les patients cliniquement, faire une bandelette urinaire. On ne peut pas faire n'importe quoi. On courait après les patients comme on pouvait. C'était vraiment à l'arrache* ».

Au sein du sous-groupe de travail « *Téléconsultation en addictologie* » les professionnels ont tous eu recours aux consultations téléphoniques pendant la crise sanitaire. Mais parmi les professionnels interrogés et susceptibles de faire des téléconsultations, 7 sur 11 en ont fait. C'est-à-dire tous à l'exception de la secrétaire médicale et les deux cadres. Les usages sont variés, certains l'ont complètement intégré dans leur pratique quand d'autres l'ont utilisé qu'une fois ou bien ne l'utilise plus depuis la reprise du présentiel. Compte tenu de ces faibles usages au sein du groupe de travail, mon analyse se base à la fois sur les représentations des professionnels et sur quelques retours d'expérience. Concernant les usagers, l'un d'entre eux a réalisé des téléconsultations, les autres ont assisté ou animé des groupes de paroles via des outils numériques tels que Zoom. Il est intéressant de se demander quelles sont les attentes des professionnels et des usagers envers la téléconsultation afin d'accompagner au mieux leurs usages.

Partie II. Les enjeux spécifiques de la téléconsultation en addictologie

Comme nous avons pu le voir en introduction, l'usage de la téléconsultation convoque des enjeux spécifiques en addictologie. Je vais commencer par vous présenter les enjeux techniques que j'ai pu identifier. En effet, ils ne se limitent pas uniquement à la technique, ils soulèvent des enjeux cruciaux de santé : notamment des enjeux éthiques liés aux inégalités matérielles de certains usagers se trouvant dans des situations de précarité, de fracture numérique, liés à la confidentialité, à la sécurité des données ; des enjeux territoriaux d'accès à des connexions internet fonctionnelles, des enjeux relatifs aux foyers des usagers comme par exemple le manque d'espace ou d'intimité pour réaliser une téléconsultation dans de bonnes conditions, etc.

A. Les enjeux techniques et numériques

- *Les contraintes matérielles et les prérequis pour les usagers et les professionnels*

Tout d'abord, pour réaliser des téléconsultations, du matériel est nécessaire à la fois du côté des professionnels, au sein de leurs structures ainsi que chez les usagers. Les différents établissements spécialisés en addictologie sur la région des Pays de la Loire ne bénéficient pas tous du même niveau d'équipement. De fait, certains établissements du groupe de travail n'avaient pas l'équipement nécessaire au début de la crise sanitaire pour assurer des téléconsultations dans de bonnes conditions. Madame A., psychologue indique que dans son CSAPA : « *Très clairement, on n'était pas du tout équipé en termes de téléphone, de choses comme ça donc on a dû utiliser notre téléphone personnel pour appeler les usagers et honorer toutes les consultations qui étaient planifiées. On était un peu équipé. Un peu ? Clairement, non. On s'est retrouvé tous chez nous, [la structure] n'avait pas d'ordi portables à donner à tous les professionnels qu'étaient chez eux. Donc certains en ont bénéficié, d'autres faisaient avec leur matériel à eux* ». Le CSAPA de Madame D. avait des difficultés d'équipement également : « *Sur la plupart de nos ordinateurs, on n'avait pas de webcams. Donc ça aussi quand même ça faisait partie des freins. C'est que sur le plan matériel, on était extrêmement limités* ». Pour certains professionnels, les contraintes matérielles ont été solutionnées. En effet, grâce au matériel financé par l'ARS, les structures ont été dotées d'ordinateurs portables, de webcams et de micro amplificateurs. « *Depuis 2012, l'ARS a piloté et financé le déploiement de la télémédecine en Pays de la Loire via des procédures d'appels à projets. [...] Les projets retenus devaient répondre aux besoins et aux enjeux territoriaux de santé publique et d'accès aux soins et être cohérents avec la stratégie régionale de déploiement et le programme régional des systèmes d'information partagés et de télémédecine. [...] L'année 2018 a marqué un tournant dans le déploiement de la télémédecine avec la déclinaison du plan régional de renforcement de l'accès territorial aux soins, au travers de la priorité « Mettre en œuvre la*

révolution numérique en santé pour abolir les distances ». L'objectif est d'équiper les EHPAD, les établissements de santé, des MSP et des centres de santé en zones sous denses, afin de réduire les hospitalisations inutiles et d'améliorer la qualité du suivi des patients et des résidents. Le plan « Ma santé 2022 » conforte cette orientation en faisant du virage numérique une priorité. Les projets médicaux de télémédecine ont vocation à s'intégrer aux projets de santé des territoires. Dans cette logique, l'idée est de favoriser l'émergence de projets territoriaux, à partir de l'analyse des besoins de la population et de tous les acteurs en santé, en co-portage et co-financement avec les collectivités territoriales et les autres partenaires des territoires. L'ARS assure le pilotage des projets avec l'appui du GCS e-santé et définit la gouvernance et les moyens nécessaires pour leur construction, leur suivi et leur évaluation » (ARS Pays de la Loire, 2020).

Au-delà de l'équipement matériel, la connectivité à internet est un enjeu primordial. En effet, les professionnels sont nombreux à avoir rencontré des difficultés de connexion. Prenons l'exemple de Mme G., secrétaire médicale dans un CSAPA elle affirme que sur son département : *« la connexion n'est pas optimale. Même à X il y a un endroit où ça ne capte pas, ça ne capte pas forcément très, très bien. Il n'y a même pas la 3G, ni la 4G »*. Pour le CSAPA du territoire, *« il manque la fibre »*. Ses collègues ont essayé à plusieurs reprises d'utiliser l'outil de téléexpertise Covotem mais ont rencontré de nombreuses problématiques de connexions avec le logiciel. Ces problèmes n'ont pas été solutionnés et entravent le développement des activités de télémédecine. De la même manière, Madame A., psychologue dans un territoire un peu plus rural rencontre des difficultés d'accessibilité à des connexions : *« Dans des territoires plus de ruralité, les gens n'ont pas de bonnes connexions nécessairement donc des connexions visio encore moins. Certaines ont pu me le dire : ah bah non, moi je ne capte pas ou alors ça va être très compliqué. [...] Donc, il y a ça aussi pour certains de ne pas être bien équipé pour être sûr d'avoir une bonne connexion. Avoir une connexion de qualité et tout le monde ne l'a pas »*. Au-delà des difficultés d'équipement des professionnels, la formation à la prise en main de l'outil est un enjeu spécifique à la téléconsultation.

En réalisant mes entretiens auprès des professionnels, j'ai fait le constat qu'ils n'étaient pas tous formés à la prise en main des outils de téléconsultation de la même manière. Certains se sont lancés seuls, d'autres ont reçu un guide par mail, une formation en visioconférence, de l'entraide entre collègues ou bien un accompagnement avec un chargé d'appui du GCS e-santé « clic par clic ». Cette disparité s'explique par l'impact de la crise sanitaire. En effet, pendant le Covid les GCS e-santé et les éditeurs d'outils de téléconsultations ont été tellement sollicités qu'ils ne pouvaient pas assurer leurs accompagnements de base. J'ai pu identifier la formation à la prise en main de l'outil comme étant indispensable, un véritable levier d'action pour développer les usages et rassurer les professionnels. Pour la psychologue Mme A, *« ce n'est pas pareil de se dire, je vais découvrir en live avec mon premier*

entretien avec les gens comment ça fonctionne, que de se dire : on a regardé un peu les fonctionnalités, les modalités. C'est quand même plus simple de ne pas découvrir l'outil avec le premier usager qui va essayer les plâtres. Mais de savoir un peu comment ça fonctionne avant ». Madame A. a besoin de connaître les fonctionnalités de l'outil afin de pouvoir convaincre et rassurer les usagers et ainsi se lancer dans les usages : « J'inscris les gens, on va faire du Covalia. Je sais que je leur dis que c'est une plateforme sécurisée parce qu'on nous l'a dit comme tel : n'allez pas sur Skype, n'allez pas sur Zoom. Covalia serait sécurisé mais de quoi, comment ? Qui a accès à leurs données ? En l'état, je n'en sais pas plus que ça ». Ce besoin de formation est également partagé par Mme I. psychiatre addictologue qui indique que « si on me donne un papier, on me dit vas-y, lance-toi et fais-le toute seule. Je ne le ferai pas. [...] C'est vraiment le frein technique qui est là. Il y a un travail motivationnel important avec les professionnels sur l'utilisation ». Madame F poursuit en pointant du doigt les personnes qui ne sont pas à l'aise avec les outils numériques : « Si on veut que les professionnels utilisent la téléconsultation, il faut des formations. L'outil informatique ce n'est pas évident pour tout le monde. En plus la visio, je ne comprends pas, j'ai mis mon casque mais le micro ne sort pas au bon endroit. Je n'ai pas le son. Enfin ce genre de chose qu'on entend assez régulièrement même quand nous on utilise des visio entre professionnels ». Les professionnels soulignent la nécessité d'être accompagnés à ces nouvelles pratiques, aux différentes fonctionnalités des outils. L'absence d'accompagnement génère des craintes voire des résistances.

Du côté des patients aussi, la question de l'équipement matériel est essentielle. D'après Madame F., psychologue au sein d'un CSAPA : « Faire un entretien quand tu entends un mot sur deux, ce n'est pas simple. Les patients n'ont pas toujours de bonne connexion et nous non plus ». Selon, Madame A : « Être outillé pour le faire, tout le monde ne l'est pas. On a l'impression aujourd'hui que tout le monde a des portables avec des caméras de qualité ou des ordinateurs mais ce n'est pas nécessairement le cas de tout le monde ». Elle apporte une nuance en soulignant les enjeux du numérique notamment le potentiel accroissement des inégalités sociales de santé : « Donc l'idée ça ne serait pas que ça permette une fracture numérique encore plus grande entre les gens qui ont les moyens ou qui sont bien équipés et ceux qui ne le sont pas. Que ce soit un outil privilégié pour les gens qui ont une bonne connexion, des bonnes conditions de vie qui permettent ça et que ça laisse sur le carreau un certain nombre de personnes qui pourraient ne pas y avoir accès ». En effet d'après Madame K., cadre de santé : « les personnes qui sont en grande précarité parce qu'évidemment, si déjà vous n'avez pas les moyens de manger et qu'en plus de ça on vous demande d'avoir un ordinateur, je ne comprends pas tellement le sens ». A cela s'ajoute selon Madame B, psychiatre addictologue et cheffe de service au sein d'un CSAPA, les potentiels troubles cognitifs existants chez les patients en situation de précarité : « pour qui ça va être très difficile de se saisir de ces outils informatiques qui ne vont pas avoir les moyens de

s'équiper ou d'être en difficulté cognitivement pour se servir de ça ». De plus, il faut que les usagers aient l'espace chez eux pour réaliser des consultations à distance dans de bonnes conditions. Madame F, psychologue dans un CSAPA explique que *« quand tu vois les problèmes de couple chez certains patients, tu te dis que venir parler de son problème de couple alors que son conjoint ou sa conjointe est sur le canapé, ce n'est pas le plus simple »*. Les usagers ont besoin d'avoir accès à des pièces isolées au sein de leur logement où ils ont suffisamment d'intimité pour garantir le cadre de la consultation. Madame A. psychologue au sein d'un CSAPA explique que *« ça donne lieu à des consultations dehors dans le jardin parce qu'il y a le mari à la maison ou n'importe qui mais il y a du vent [rires]. Donc la qualité quand il y a beaucoup de vent, quand on n'est pas seul, ça pose des choses qu'on n'a pas quand la personne est reçue dans le bureau, on sait qu'on ne va pas être parasité par ce genre de choses »*. Quand les usagers n'ont pas accès à des espaces d'intimités, ils se retrouvent à devoir réinventer des possibilités. Ce qui peut affecter la qualité de l'échange avec le professionnel.

La téléconsultation peut être considérée comme étant une innovation technique, numérique et organisationnelle. Mais avant de nous pencher sur les intérêts des consultations à distance, intéressons-nous d'abord à l'impact de ces usages sur les pratiques professionnelles, à ses limites organisationnelles. Le changement des habitudes de travail, des pratiques professionnelles entraîne évidemment des questionnements, d'autant plus quand il n'y a pas de cadre réglementaire pour orienter les professionnels. Cela demande une certaine capacité d'adaptation de la part des professionnels, un attrait pour l'expérimentation. En effet, la téléconsultation, c'est une nouvelle manière de pratiquer. Madame A. affirme qu' *« être derrière un écran et dialoguer avec un jeune via un tchat, ce n'est pas les usages classiques de l'entretien qu'on faisait. Donc ça demande de s'adapter. [...] C'est vraiment des nouvelles pratiques où il faut inventer. Il faut essayer, expérimenter et pas se limiter avec plein de préjugés que l'on peut avoir sur : oh bah non ça ne va pas être possible. Ce n'est pas les usages qu'on a eu jusqu'à présent des consultations mais je pense qu'il faut expérimenter et inventer. On peut déjà avoir des freins parce que les professionnels ont une idée de comment ils ont pratiqué jusqu'alors et que les autres formes de pratiques ne seraient pas aussi adaptées. Je ne sais pas. Des fois on voit des freins mais avant de dire que ce n'est pas adapté, il faut expérimenter. Oui ça vient nous bousculer dans nos pratiques très clairement. Et ça, ça fait aussi partie des freins de l'appétence des professionnels à être un peu bousculé dans leurs pratiques et de venir inventer »*. Les professionnels sont dans l'attente de recommandations sur les usages et de retours d'expérience avant de se lancer. Pour Mme D, médecin au sein d'un CSAPA : *« il faut réfléchir à un cadre, ça me semble indispensable parce qu'effectivement la téléconsultation ne peut pas s'appliquer à tout »*. Ce cadre expérimental pour le recours à la téléconsultation est en cours de construction dans le cadre de mes missions de stage au sein de la SRAE Addictologie. Il sera nourri des retours d'expériences que les

enquêtés ont pu me partager. Selon Mme C, ces situations cliniques d'expérience sont intéressantes afin de voir ce que « *ça a pu apporter en plus par rapport à un suivi en présentiel* ». Ainsi la téléconsultation en addictologie convoque un double enjeu. D'abord, un enjeu d'accompagnement à la prise en main de l'outil, à la formation à de nouvelles compétences numériques et un enjeu d'exercice de la téléconsultation en tant que tel, d'expérimentation des usages.

Comme nous avons pu le voir en introduction, la téléconsultation et le télésoin s'effectuent entre un professionnel et un usager. L'usager peut être accompagné dans certains cas par un autre professionnel. Dans un parcours de soin en addictologie, on peut pratiquer des thérapies familiales ou bien des activités de groupe comme par exemple des groupes thérapeutiques. Ces usages ne sont pas encore intégrés au cadre réglementaire compte tenu de la réflexion actuelle émergente sur la téléconsultation en addictologie. Beaucoup de groupes de paroles se sont déroulés à distance pendant la crise sanitaire. Certains professionnels pratiquaient des thérapies familiales avant le confinement, ce qui a questionné les professionnels à partir du moment où il y a eu le confinement. Ils se sont demandé comme Madame A, psychologue dans un CSAPA : « *Comment continuer ce type de pratiques avec du téléphone [rires] ou avec une caméra ? Ce n'est vraiment pas simple* ». Elle poursuit : « *Faire de la téléconsultation avec une personne, c'est un point ; en faire avec plusieurs personnes, s'en est un autre. Donc ça fait partie des points un petit peu difficile quand on fait de la pratique de l'entourage, d'être avec de la téléconsultation. Donc possiblement, ça fait partie des petites limites* ». Pour certains professionnels, la maîtrise de l'outil numérique est un frein aux activités de groupe ou à la pratique de la thérapie familiale. En effet, le nombre de participant augmente nécessairement le risque de problèmes techniques et de variabilité dans l'aisance des professionnels. Madame J, cadre coordonnateur d'un hôpital affirme qu'« *une thérapie familiale, un groupe thérapeutique, ça me semble moins évident. Il faut être très à l'aise avec l'outil et très expérimenté* ». Madame K., cadre de santé dans le même établissement indique que pour : « *les activités de groupe, ce n'est pas jouable parce qu'il faut que tout le monde maîtrise bien l'idée d'éteindre son micro alors si effectivement l'animateur ou l'infirmier doit commencer à dire : « attendez éteignez votre micro parce qu'il y a Pierre qui veut parler », ça ne va pas être possible. C'est très compliqué encore aujourd'hui. Je pense que ce n'est pas ancré dans les mœurs* ». La téléconsultation nécessite donc de nouvelles organisations qui peuvent entraîner un temps supplémentaire dans l'activité du professionnel liée à la préparation de la consultation. Madame A., psychologue dans un CSAPA indique qu'elle « *est en attente d'avoir du matériel performant, de pas galérer comme ça nous arrive souvent de trouver l'ordinateur qui a la webcam, qui a une sortie son avec un casque, etc. Tout ça, ça nous met bien des bâtons dans les roues* ». La maîtrise de l'outil numérique pour le professionnel, l'usager ou son entourage constitue un obstacle, un enjeu spécifique à l'usage de la téléconsultation en addictologie.

Au-delà des contraintes matérielles et des limites organisationnelles, l'outil numérique convoque d'autres enjeux notamment au sein de la relation professionnel-usager.

- *L'impact de l'outil numérique dans la relation professionnel-usager*

Pour continuer, la dimension dématérialisée ne convient pas nécessairement aux professionnels et aux usagers. Le numérique peut notamment affecter la relation professionnel-usager, l'attention, la qualité de présence, etc. Ainsi Madame C., médecin addictologue dans un CSAPA, exprime des réticences envers la téléconsultation : « *moi c'est vraiment plus le côté dématérialisé qui ne me parle pas, c'est chiant enfin voilà j'aime bien le contact avec les gens* ». Certaines personnes ne sont pas du tout à l'aise avec ce média-là comme les personnes âgées plus exposées à la fracture numérique. Il arrive que ce type de public refuse la téléconsultation quand les professionnels leur proposent. C'est pour cela que Madame B, psychiatre addictologue au sein d'un CSAPA « *envisage des ateliers numériques* » pour aider ses usagers à la prise en main de l'outil. La téléconsultation peut également limiter l'attention et être plus fatiguant qu'une consultation en présentiel. Il en est de même pour les pratiques de groupes de parole, Monsieur P., membre des NA raconte comment le virtuel peut limiter l'attention : « *c'est plus facile de « s'échapper » quand on est dans une réunion Zoom. Si je suis chez moi sur mon ordinateur, à un moment je coupe la caméra et je vais manger un morceau ou tiens, je mate la télé en même temps que je suis en réunion. Ou tiens on m'appelle je décroche, je fais pause. En réunion physique, ce n'est pas comme ça que ça se passe. Dans le principe aux NA, on est présent du début à la fin, on écoute tant qu'on peut, on essaie de jouer le jeu complètement. On ne se permet pas de faire le truc sur le coin de la table ou une jambe en l'air. On essaie de le faire sérieusement. Ça peut être une limite de Zoom. Un nouveau ou quelqu'un qui a besoin d'un peu de cadre, ça sera mieux en réunion physique avec du monde autour que de risquer de se distraire et de partir en milieu de réunion ou faire autre chose avec son ordinateur chez soi* ».

De plus, la pandémie de COVID-19 a facilité l'acceptation sociale de la téléconsultation par les professionnels de santé et par les patients. La pérennisation de ces usages après la fin de la pandémie « *suppose toutefois, d'une part, de s'assurer de la protection du secret médical et des données à caractère personnel et, d'autre part, de préciser les règles applicables concernant la responsabilité des professionnels de santé* » (Cayol, 2020). Les outils numériques utilisés pour faire de la téléconsultation doivent être conformes au cadre juridique applicable aux données de santé (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). C'est pour cela notamment que les professionnels ne doivent pas utiliser des outils tels que Skype, Zoom et Teams qui ne garantissent pas la sécurité des données. Même si dans la pratique, ils sont nombreux à y recourir souvent pour pallier les problèmes techniques des outils de

téléconsultation. Madame C, médecin addictologue dans un CSAPA explique que parfois certains usagers peuvent être sur écoute dans le cadre d'enquête pour trafic de stupéfiants et que de fait, la sécurité des données et la confidentialité de la téléconsultation « *ça fait partie des choses qui sont importantes* » pour les usagers. Il faut donc avoir un point de vigilance sur cet enjeu particulièrement aigu de la sécurité des données et des échanges. Outre les usagers, les professionnels expriment également des craintes sur la possibilité d'être enregistré à leur insu. En effet, au sein du webinaire du 22 juin 2021 sur le consentement à l'ère du numérique par l'Espace Ethique Azuréen, une responsable d'un établissement de SSRA évoquait la frilosité importante de son équipe pour se lancer dans la téléconsultation en raison de : la peur que les patients enregistrent la consultation et d'avoir des patients qui pourraient être sous influence d'un tiers et ainsi limiter leur parole.

Au-delà de ces enjeux de sécurité des données et de confidentialité, il existe une crainte chez les professionnels autour de la vocation future de ces outils. Effectivement, Madame C., médecin addictologue dans un CSAPA indique qu'il faut être vigilant à la généralisation de ces usages sous prétexte d'objectifs de réduction des coûts : « *on peut imaginer nous par exemple on fonctionne en antenne, ça coute cher hein d'avoir une antenne à X, une antenne à X, une antenne à X, ça a un coût. Donc le jour où là-haut on nous dit : il faut que ça coute moins cher, on se met tous à X dans des bureaux et on fait que de la visio. Vous voyez, je pense qu'il faut qu'on soit attentif* ». Quant à Madame A, son inquiétude envers la vocation future de ces nouveaux outils et leurs usages interroge davantage la dimension éthique : « *Quid des algorithmes qui vont remplacer les professionnels. Je sais que c'est des questions éthiques qui se posent et notamment à la Fédération Addiction sur tous ces enjeux-là. De remplacer petit à petit des algorithmes par des machines le travail que fait un psycho, que fait un éduc, que fait une assistante sociale en prototypant. Un jour vous avez une question, ce qu'on a vu s'installer un peu partout ailleurs : je suis votre assistant ceci cela autour de l'addicto par exemple. De prototyper les réponses. Tapez 2 si vous avez... J'exagère mais c'est ce qu'on a vu se développer ailleurs. Ça c'est tout l'enjeu éthique autour des pratiques de téléconsultations médicales, psychologiques, paramédicales. Jusqu'à présent on parle à un humain qui répond, est-ce que tout ça ne va pas pouvoir dériver vers des algorithmes qui sont des réponses que le psychologue fait en majorité, que l'éducateur fait en majorité et de couper cette relation humaine ? Ça c'est d'autres enjeux éthiques que je vois parce qu'ils sont questionnés notamment à la Fédération Addiction ou ailleurs dans tous ces enjeux-là, jusqu'où, comment ? Faciliter et développer ces outils-là pourquoi pas mais pour aller jusqu'où ? C'est mettre un pied dans une porte et je ne sais pas où elle va nous emmener. C'est vraiment être garant de choses éthiquement limitées. J'avoue que je suis assez inquiète de tout ça aujourd'hui* ». Ainsi Madame A. s'interroge sur des dérives possibles et des choix éthiquement limités conduisant à une

déshumanisation des soins. Malgré les contraintes techniques et numériques, les professionnels et les usagers expriment des attentes envers la téléconsultation.

- *Les attentes envers l'outil de téléconsultation*

A travers les entretiens que j'ai pu réaliser, les groupes de travail auxquels j'ai pu assister et les webinaires que j'ai pu visualiser, il m'est apparu que les attentes envers la téléconsultation étaient principalement techniques chez les professionnels et les usagers.

Les professionnels ont exprimé des attentes fortes sur la simplicité d'usage et l'ergonomie des outils de téléconsultation. Madame A., psychologue dans un CSAPA indique : « *que ce soit facile d'usage* ». Madame I., psychiatre addictologue et coordinatrice d'un établissement médico-social confirme : « *Que ça soit simple, que ça ne soit pas un truc de plus à gérer. Plus ça sera simple, facile à utiliser, moins ça sera chronophage, plus on verra un intérêt pour nous et nos usagers* ». Mme D., médecin dans un CSAPA a des attentes semblables : « *Des outils pratiques à utiliser, des logiciels qui s'intègrent facilement dans notre pratique. Concrètement si nous on n'adhère pas, on ne va pas le vendre à nos usagers. Il faut donc qu'on adhère pour pouvoir le promouvoir à nos usagers* ». Ils ont été plusieurs au sein du groupe de travail à rencontrer des difficultés avec l'outil de téléconsultation Covalia et la plateforme Covotem. Ces difficultés ont démotivé parfois le reste de l'équipe n'ayant pas encore expérimenté la téléconsultation. Quand on interroge les professionnels sur les attentes des usagers, l'attente qui ressort le plus est également la facilité d'usage. Que l'on soit auprès de professionnels qui n'ont pas pratiqué comme Madame A : « *Que ce soit facile pour eux d'y accéder* » ou Madame C, médecin addictologue : « *Pour eux j'imagine, la facilité* ». Leurs représentations des attentes des usagers vont dans le même sens que les retours d'expérience des professionnels réalisant des téléconsultations comme Mme B, psychiatre addictologue : « *simple et fonctionnel* » ou Mme F, psychologue : « *Tout le monde ne prend pas clairement parce que ça fait peur, que ce n'est pas forcément simple et qu'en plus. Je pense que j'aurais beaucoup plus de gens partant si on utilisait un truc comme Zoom parce que c'est devenu très populaire alors que là c'est une autre façon de faire, c'est un peu compliqué. J'ai pas mal de gens qui me disent : sinon, vous m'ajoutez sur Messenger. Vraiment quelque chose de simple. Il y a des gens qui sont partants pour essayer mais qui se sentent limités dans leur capacité. Clairement c'est parfois un gros manque de confiance en eux parce que finalement ils arrivent à gérer. Mais quelque chose d'assez simplifié qui ne demande pas trop de démarches. Et aussi je pense qu'ils attendent et ça c'est un peu plus difficile à leur donner, une assistance technique. Il y a des patients qui me disent qu'ils sont connectés mais qu'ils n'ont pas réussi à connecter leurs webcams. Sans forcément qu'on devienne des techniciens informatiques parce que ce n'est pas notre rôle. Mais il*

faut pouvoir un peu les orienter sur ça quoi. Ce n'est pas toujours simple et en plus on a un sacré paquet de patients d'un certain âge qui ont découverts la visio avec leurs petits enfants sur des outils très simples Whatsapp et Messenger quand ils ont des smartphones. Et que ce soit sur portable, qu'il n'y ait pas besoin d'un pc nécessairement ». Les outils grand public ont été largement déployés depuis la crise sanitaire, ils sont faciles à utiliser et bénéficient aujourd'hui d'une certaine acceptabilité sociale. Leur ergonomie vient en contradiction avec celle des outils de téléconsultations. Seulement, ils ne sont pas conçus pour le même type d'utilisation, les systèmes de téléconsultation sont dotés de plus de fonctionnalités et d'exigences de sécurité. Les usagers comme les professionnels ont pour référence des outils numériques grand public ergonomiques et simples d'utilisation. Les outils professionnels de TLC contraints par les normes de sécurité sont plus difficiles à appréhender pour les professionnels comme pour les usagers. Monsieur S., usager et membre des NA aimerait également avoir un outil facile d'usage : *« S'il faut apprendre tous les codes, tout ça, que ce soit plus simplifié. C'est pénible quand même ».* La principale attente de Monsieur F également membre des NA est aussi technique avec le fait d'avoir un outil commun *« le côté il existe 40 logiciels, 40 trucs, un moment enfin voilà s'il y en a un que tout le monde utilise ce sera bien. Moi ce serait plutôt ça ».*

L'enjeu de la formation aux outils de téléconsultation déjà évoquée est une des attentes des professionnels. Au-delà du développement de ces compétences numériques, la question de la prise en charge addictologique, de l'expérimentation des usages de la téléconsultation est une attente forte des professionnels. Au sein des groupes de travail régionaux de la SRAE Addictologie, ils ont fait part de leur besoin de créer un club utilisateurs afin de partager des retours d'expérience de la téléconsultation en addictologie et pour certains de se lancer dans les usages.

Une des attentes de ces professionnels spécialisés en addictologie envers la téléconsultation est la complémentarité de l'outil, que ça ne remplace pas le présentiel mais que ce soit *« un outil supplémentaire à utiliser mais à bon escient ».* Pour Mme A, il faut *« que ce soit un outil que l'on puisse proposer aux usagers qu'en cas de besoin, quand c'est aidant, quand c'est facilitant ».* Cette notion de complémentarité est essentielle pour elle, elle s'attache à ce que ce soit une pratique en plus et surtout pas un outil qui remplace le présentiel.

La multiplicité des logiciels, des outils numériques et l'enjeu de leur interopérabilité dans l'exercice du métier de tout à chacun sont vraiment perçus comme un véritable frein. Une des attentes de Mme B, psychiatre addictologue et chef de service d'un CSAPA, c'est d'*« avoir un logiciel qui fait tout ».* Elle trouve ça *« pénible de devoir changer à chaque fois ».* Monsieur E, également psychiatre addictologue dans le milieu hospitalier, refuse d'utiliser la fonctionnalité planification de l'outil de téléconsultation qu'il utilise : *« Je n'en veux pas. A partir du moment où il n'est pas interfacé avec mon logiciel métier*

de rendez-vous. Il est hors de question que j'ai un double planning. On a déjà 3 logiciels à l'hôpital : un pour la facturation, un pour la clinique et les ordonnances éventuellement et un pour les rendez-vous. Si on en met un quatrième, je n'ose pas y penser ». Quand on interroge Mme T. de la DGOS sur la doctrine véhiculée par son institution sur les outils de téléconsultation, elle explique qu' « Aujourd'hui il y a toujours des outils régionaux qui ont été historiquement encouragés pour lancer les usages de télésanté, et il y a de plus en plus d'outils du privé qui arrivent sur le marché, et on n'est pas encore à l'interopérabilité parfaite. L'interopérabilité permettra d'utiliser n'importe quel outil sans que ça pose de difficultés. Donc aujourd'hui on est un peu dans un entre deux où il y a encore des outils régionaux, il y a beaucoup d'outils du privé. Et à terme on aura certainement un positionnement ARS, régional et de la puissance publique exclusivement sur ce qui n'est pas développé par le privé. Aujourd'hui, conformément au volet télésanté de la doctrine du numérique en santé, l'ARS se positionne sur les outils de téléconsultation qui demandent un volume important de données et sur les outils de téléconsultation qui sont utilisés par deux institutions. Par exemple entre un EHPAD et un établissement de santé parce que l'établissement de santé ne peut pas gérer 50 outils différents parce que s'il a 50 EHPADs différents, c'est plus facile d'avoir un outil régional. Donc on sent bien que le jour où il y a l'interopérabilité entre tous, on a peut-être moins besoin d'utiliser un outil régional ».

Au-delà des enjeux techniques et numériques, les limites médicales telles que l'accès au matériel de RdRD, l'état clinique du patient, l'examen clinique ou encore la relation professionnel-usager sont des enjeux spécifiques de la téléconsultation en addictologie. Il est essentiel de prendre en compte ces paramètres avant d'envisager la réalisation d'une téléconsultation.

B. Les limites médicales

Pour commencer, intéressons-nous à la distribution de matériel de réduction des risques et des dommages. Il s'agit d'une des missions principales des structures spécialisées en addictologie. Durant une téléconsultation, on ne peut pas donner ce matériel, il n'y a pas d'accès. Selon Madame D, médecin dans un CSAPA : « Ça veut dire qu'on enlève une partie de ce qu'on peut proposer ». La distribution de matériel de RdRD est donc une autre limite organisationnelle à prendre en compte lorsqu'on souhaite réaliser une téléconsultation. Nous avons pu voir dans la première partie du développement qu'une des priorités des intervenants en addictologie pendant la crise sanitaire, était de s'assurer de l'accès à ce matériel. Pour ce faire, ils ont réagi en distribuant individuellement au comptoir au lieu d'être en libre-service et en se mobilisant avec des envois postaux. On peut imaginer de la même manière que des solutions puissent être déployées pour gérer l'accès à ce matériel, le professionnel pourrait en amont de la téléconsultation demander à l'utilisateur s'il en a besoin afin d'adapter sa réponse. Outre les

questions concrètes telle que la distribution de matériel, il est pertinent de s'interroger sur les éventuelles contre-indications ou limites de la téléconsultation liées à l'état clinique du patient ?

- *La situation médico-psycho-sociale du patient*

La téléconsultation modifie les pratiques cliniques. Certaines situations cliniques sont évoquées par les professionnels comme étant contre indiquées pour la téléconsultation. La majorité des professionnels du sous-groupe de travail « Téléconsultation en addictologie » considèrent que les patients avec des pathologies à tendance paranoïaques, persécutées et pour qui l'outil numérique pourrait favoriser leurs troubles, ne seraient pas éligibles à la téléconsultation. Mme F, psychologue dans un CSAPA met notamment en garde : « *On a déjà des patients qui se demandent déjà s'il n'y a pas des micros dans leur appartement, leur proposer de la visio sur leur vie familiale, c'est très difficile. Clairement les profils paranoïaques et persécutés, je n'en suis pas sûre que ce soit génial. Je ne suis pas sûre qu'il y ait de profils à exclure sauf les personnes vraiment à tendance à voir la technologie comme quelque chose de mauvais. Je ne suis pas convaincue que ce soit une bonne idée de proposer ça. Si la personne est persuadée que dans le vaccin il y a une puce 5G ou ce genre de chose, proposer de la visio, je ne suis pas convaincue que ce soit quelque chose qui va passer. J'ai vraiment des gens qui ont pu me dire que dans les ampoules, il y avait des micros, des trucs un peu délirant comme ça. Je ne serais pas forcément à l'aise de leur proposer de la visio. Largement des profils psychotiques avec des profils paranoïaques, de troubles délirants* ». Madame A, psychologue dans un CSAPA apporte une nuance : « *Si on a des gens qui se sentent sur écoute, plutôt dans un mode un peu persécuté ou en tout cas très dans la peur de ce que peut faire ces usages, est-ce qu'ils sont enregistrés, est-ce qu'ils sont vus, est-ce que tout ça. Au moment de troubles pys un peu décompensés, évidemment, non. Enfin évidemment, ça dépend sauf si eux ils sont à l'aise avec ça et qu'ils ne voient pas le problème. Mais en tout cas, sur des personnalités à organisation projective, persécutée voire parano, c'est à éviter. Ou en pleine décompensation, de quoi que ce soit. Je pense que ce n'est pas nécessairement adapté* ». L'expérience de Madame B, psychiatre addictologue et cheffe de service d'un CSAPA permet d'avoir un retour d'expérience concret sur une téléconsultation qui s'est mal passée et d'émettre un vrai point de vigilance : « *Il y avait des problèmes de connexion et ça c'était insupportable pour lui, il est monté en puissance. Alors qu'il était déjà un peu persécuté. Après ça c'est fini : « oui les médecins vous êtes tous pareil, big pharma et compagnie ». Ça a augmenté un peu sa persécution. L'outil numérique a fait augmenter sa persécution. L'alliance n'était pas faite donc c'était compliqué* ».

Les professionnels ont émis un point de vigilance également pour la pratique de la téléconsultation avec des patients fortement dépressifs ou à tendance suicidaire. Madame D., médecin dans un CSAPA affirme que « *quand une personne est extrêmement dépressive, c'est un peu compliqué de gérer à distance une personne qui dit qu'elle a des idées noires, des idées suicidaires* ». Madame B la rejoint

dans sa pratique de psychiatre en soulignant davantage la réactivité lorsque le patient est en présentiel : « *On préfère les voir parce que si on doit leur dire bah non vous ne rentrez pas chez vous, on appelle une ambulance, c'est plus simple. Sinon c'est plus compliqué administrativement* ». Pour les patients avec des troubles neurologiques ou cognitifs, Madame B met en garde : « *Les patients avec des gros troubles neuro [...] qui vont [...] être en difficulté cognitivement pour se servir de ça* ». Selon Madame F, psychologue dans un CSAPA, il ne faut « *pas forcément écarter les gens qui sont sous-produits mais y mettre un petit warning on va dire. Je pense que ça peut être compliqué pour certains et surtout pour les profils psychiatriques* ». Elle indique que « *les rendez-vous que j'ai fait, je les ai faits avec des gens qui étaient relativement bien. Je ne l'ai pas fait avec des gens qui étaient très compliqué ou très alcoolisés. Les entretiens que j'ai faits, c'est avec des gens qui sont abstinentes par exemple. Ce ne sont pas des gens alcoolisés ou sous-produits. Ce sont des gens qui avaient un contexte familial qui leur permettait de faire de la visio sans être mal, des gens qui étaient seuls ou en couple* ». Madame G., secrétaire médicale dans un CSAPA complète le discours de Madame F. : « *S'ils sont trop abimés, trop alcoolisés, trop défoncés [...] ils ne seraient même pas capables d'appeler* ». Au-delà des pathologies psychiatriques, il est pertinent de se questionner sur l'éligibilité de la téléconsultation chez les personnes vulnérables.

Nous avons vu précédemment que la téléconsultation pouvait enfreindre l'intimité des usagers, d'autant plus dans le cas de personnes victimes de violence, dans le cas de violences conjugales notamment. Madame K, cadre de santé au sein d'un hôpital met en garde l'usage de la téléconsultation pour ce type de public : « *Comment les personnes particulièrement vulnérables vont faire pour enlever à chaque fois Covotem de leur historique, le faire disparaître de son ordinateur ? C'est toute une démarche* ». Elle avait initié des projets en tant qu'élue sur ce sujet : « *On avait créé un tuto pour les femmes qui sont victimes de violence et qui peuvent nous appeler ou peuvent appeler une association, on leur avait appris à faire disparaître de leur téléphone le numéro, faire disparaître la visio qui avait été mise en place. Donc il faut effectivement travailler sur les mêmes choses. Avec un logiciel c'est plus difficile* ». Il s'agit d'une problématique d'actualité. Effectivement, on peut lire dans un article d'Hospimedia datant du 20 août 2021 que dans le cadre du volet prévention du Grenelle contre les violences conjugales, les CSAPA et les CAARUD auront des référents violences conjugales. « *Il est question de former spécifiquement les professionnels en addictologie sur les violences faites aux femmes tout comme de former aux problématiques addictives les acteurs prenant en charge de telles victimes* ». Un référent sera identifié dans chaque structure parmi le personnel médical, social ou médico-social d'ici le 30 septembre 2021. Il bénéficiera d'une journée de formation spécifique par la Mission Interministérielle pour la Protection des Femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF), au cours du second semestre 2021. Ce référent aura une

triple mission : il organisera des temps de sensibilisation et d'information pour l'ensemble du personnel du service en utilisant les outils pédagogiques mis à la disposition par la MIPROF, il identifiera les partenaires utiles au niveau local, les acteurs institutionnels et associatifs impliqués dans la prise en charge des femmes victimes et pour finir, il mettra à disposition des autres professionnels de la structure et des usagers des supports de communication et de sensibilisation utiles sur cette problématique (Hémery, 2021). Les personnes victimes de violence est donc un public à ne pas négliger et pour lequel la téléconsultation est une limite. Parmi les personnes vulnérables, les patients qui ont besoin de contact ou bien qui sont isolés ne semblent pas éligibles non plus à la pratique de la téléconsultation. Monsieur O, dépendant et membre des NA a souffert du distanciel pendant la crise sanitaire. Il affirme que : *« sur la durée c'est compliqué, on a besoin de contacts. De pas voir les gens en réel c'est quand même autre chose »*. Madame K partage le même avis, pour elle, proposer *« en première intention un entretien en visio »* à des personnes *« qui ont besoin de contact, [...] à des gens qui sont isolés »*, ça ne lui *« paraît pas être le bon outil. Sauf si on a établi depuis plusieurs mois un lien de confiance »*. Comme nous venons de le voir, l'état clinique du patient est une des limites médicales de l'usage de la téléconsultation en addictologie ; l'examen clinique en est une autre.

- *L'examen clinique*

La téléconsultation modifie les pratiques cliniques, elle limite notamment la pratique de l'examen clinique. Madame A, psychologue dans un CSAPA affirme : *« je suis assez sceptique. Mais après, faut demander à ce corps de métier-là. Je sais que c'est pourtant beaucoup développé la téléconsultation avec les médecins »*. Justement, Mme B, psychiatre addictologue au sein d'un CSAPA, pratique la téléconsultation et reconnaît que le virtuel limite l'examen clinique : *« Moi j'en ai eu un mardi qui s'est cassé le coccyx, qui s'est cassé des côtes donc le fait de le voir physiquement, de voir comment il se déplace, etc. Ça permet quand même d'évaluer que là il y a un gros problème. S'il était assis sur son fauteuil, je n'aurai peut-être pas bien évalué les choses »*. D'où l'intérêt au moment de la prise de rendez-vous d'identifier le motif de la consultation pour adapter la réponse au mieux. Dans la fiche mémo relative à la mise œuvre de la téléconsultation et de la téléexpertise de la Haute Autorité de Santé, l'examen clinique n'est pas considéré comme un critère d'exclusion. Cependant, il est notifié que *« le professionnel médical qui va réaliser la téléconsultation doit juger de la pertinence d'une téléconsultation au regard »* notamment de la situation clinique du patient. *« Le professionnel médical peut estimer que la téléconsultation n'est pas adaptée à la situation clinique du patient. Par exemple, si le professionnel considère qu'un examen physique direct du patient est indispensable, si le patient est en urgence médicale, s'il s'agit d'une consultation d'annonce d'un mauvais pronostic »* (HAS, 2019). Etant donné que la délivrance de médicaments nécessite un examen physique, les professionnels

l'identifie comme étant non éligible à la téléconsultation. Madame I, psychiatre addictologue et médecin coordinateur d'un CSAPA et d'un CAARUD affirme avec humour : « *on est censé voir la personne pour pouvoir voir aussi au niveau respiratoire, pour pouvoir examiner si nécessaire. Ça on ne peut pas le faire derrière un écran. Sauf si la personne a un stéthoscope et qu'il arrive à bien analyser sa respiration ou autre [rires]* ». De même, l'initialisation TSO nécessite la réalisation de tests urinaires, ce type d'acte semble difficilement praticable à la téléconsultation. Madame D, médecin dans un CSAPA affirme que : « *faire de la téléconsultation avec l'émission d'ordonnances, moi j'ai besoin de voir les gens. Par exemple, quand on fait une initialisation de traitements substitutifs oraux, on demande aux gens de venir tous les jours pour faire de la dispensation en plus du traitement et puis on a besoin de faire une bandelette urinaire. Il y a plusieurs choses qui sont nécessaires dans l'ordre de la consultation qui font que c'est important qu'on les voie. La bandelette urinaire c'est un outil clinique pour nous et quand les gens sont à distance, on ne peut pas le proposer* ».

L'examen clinique permet aussi d'identifier une consommation d'alcool, un problème d'hygiène ou bien des signes d'amaigrissements qui sont plus difficiles à identifier en téléconsultation. C'est ce que nous explique Madame I, psychiatre addictologue dans une structure médicosociale : « *On ne pourra pas identifier qu'il y a une petite odeur de Ricard à travers la téléconsultation ou se rendre compte que la personne ne sent pas très bon et qu'au niveau hygiène c'est compliqué* ». La communication non verbale et les enjeux émotionnels sont également moins faciles à observer par écran. D'autant plus dans une pratique de thérapie familiale avec plusieurs écrans. L'examen clinique est une des limites médicales inhérente à la téléconsultation en addictologie, ce qui se joue dans la relation professionnel-usager en est une autre. En effet, le premier rendez-vous, l'alliance thérapeutique, l'engagement dans les soins ou encore le cadre d'une téléconsultation, font partie des limites médicales à la pratique de la téléconsultation en addictologie.

- *La relation professionnel/usager*

Concernant le premier rendez-vous, plusieurs professionnels n'envisagent pas de le réaliser en téléconsultation. Mme B., psychiatre addictologue et cheffe de service dans un CSAPA indique que pour : « *Le premier rendez-vous c'est bien de se voir je pense, c'est mieux. Après c'est toujours mieux de faire une téléconsultation que rien. Mais dans le meilleur des cas, je pense que c'est quand même bien de voir les patients une fois et après de les revoir de temps en temps* ». L'idéal pour elle pour débiter l'alliance, c'est donc le présentiel avant d'évoluer vers un suivi alterné. Madame D., médecin dans un CSAPA va également dans ce sens : « *Une première consultation c'est important de voir la personne. Justement sur cette question d'aller-vers, d'accrocher cette première consultation, de se*

déplacer dans notre structure. De pouvoir avoir un échange où on est sûr que la personne elle est disponible pour pouvoir échanger, de créer ce lien de confiance ». Pour finir, Madame I., psychiatre addictologue et médecin coordinateur d'un établissement médico-social apporte une nuance avec un critère d'exception : « *Il faut favoriser le présentiel pour le premier RDV sauf si la personne est loin et que de l'aller vers est nécessaire* ».

Plusieurs professionnels du groupe de travail mettent en garde sur l'engagement dans les soins au sein d'une téléconsultation. Il s'agit d'une des craintes envers la téléconsultation de Madame C., médecin addictologue dans un CSAPA. Afin d'argumenter son point de vue, elle prend l'exemple de son expérience avec l'usage du téléphone pendant le confinement : « *Aussi, parfois l'impression chez certains patients de les appeler chez eux et presque ce n'est pas le bon moment alors que je posais des rendez-vous à chaque fois. Et du coup ça durait 5 minutes. Moi ce qui me dérangeait c'est qu'eux n'avaient pas de démarches, on les appelait chez eux, on s'arrangeait pour qu'ils aient l'ordonnance jusqu'à la pharmacie. C'est vraiment ce que j'ai ressenti, petit à petit c'est un service qui arrivait chez eux et l'ordonnance arrivait directement à la pharmacie. Et quand c'est revenu à la normale, ils appréhendent, ils ne sont pas contents en disant : vous ne m'avez pas faxé l'ordonnance. [Rires] Eh bien non ! ça ne se passe pas comme ça. Un peu le service après-vente, un peu le truc on claquait du doigt et l'ordonnance est là quoi. En ça, ça a mis un temps de leur demander de revenir. Pour eux c'était plus le truc facile, si vous continuez ça me plairait bien* ». Madame D, également médecin dans un CSAPA indique qu'elle essaie d'éviter de faxer les ordonnances, qu'elle lutte contre cela au sein de son CSAPA pour les mêmes raisons que Madame C : « *on essaie de responsabiliser les gens, qu'ils soient acteurs de leur prise en soin, qu'ils se déplacent, qu'ils viennent en consultation et là du coup, on allait un peu dans le sens inverse en leur disant : restez chez vous, on fait de la téléconsultation* ». Les modifications induites par la téléconsultation perturbent la relation usagers / professionnels, voire l'engagement dans les soins et questionnent la posture des professionnels.

La question du cadre de la téléconsultation et de la nécessité à y réfléchir est revenue à plusieurs reprises dans les entretiens que j'ai pu mener. Madame D. a animé une réflexion autour de ce sujet au sein de son CSAPA « *Il y a la question du cadre qui se posait et ça, ça me motivait qu'on puisse échanger, nous ensemble en équipe, savoir quel était le cadre de la téléconsultation, comment est-ce qu'on pouvait imaginer ça chez nous ? Et puis cette idée qu'il y avait quand même un peu tout à développer parce qu'on part un peu de zéro quand même [rires] faut le dire* ». Comme nous avons pu le voir, des guides de recommandations très génériques ont été édités sur la téléconsultation mais ils ne sont pas spécifiques à l'addictologie. C'est pour cela que quand Madame F., psychologue dans un CSAPA, s'est lancée dans la téléconsultation, elle n'avait pas de retours d'expérience auxquels se référer. Elle a donc dû faire face à des « essais-erreurs » : « *Les téléconsultations m'ont vraiment amenée à faire attention*

au cadre notamment au fait de la question de l'enregistrement, la question du cadre dans lequel les gens font eux la visio chez eux. J'ai vu une patiente sur le balcon aller fumer sa clope, sa clope dans une main, son téléphone avec moi en visio dans l'autre. Et du coup je me suis rendu compte à ce moment-là que c'était important de reposer le cadre. Si elle fume, on arrête l'entretien, ce n'est pas possible. Ça a été intéressant de poser le cadre et au niveau des horaires. Une visio d'une heure c'est long. Des rendez-vous un peu plus courts. Et fixé le fait que ce soit un temps où ils ne font pas autre chose aussi, de regarder la télé ou d'écouter la radio, de s'occuper de l'enfant ou de fumer une cigarette ». Le fait de pénétrer dans l'environnement de vie de l'utilisateur induit de nouveaux paramètres à considérer, des « éléments que le patient n'amène pas spontanément en consultation ». Madame D, médecin dans un CSAPA indique notamment qu' « il y a une psycho qui nous a dit que ce qui pouvait la mettre mal à l'aise, c'était d'entrevoir l'intimité de la personne par l'intermédiaire de la caméra ».

Dans le déroulement de la téléconsultation, il y a d'autres éléments qui sont modifiés comme par exemple les échanges informels. En effet, il y a parfois des choses essentielles qui se passent en présentiel dans la relation professionnel-usager, par exemple les échanges entre la salle d'attente et le lieu de consultation. De même pour les groupes de parole, Messieurs O. et P. prennent comme exemple l'après Zoom, la fin brutale de l'échange, pour illustrer la limite de l'outil numérique dans la relation professionnel-usager : « Il y a une limite c'est qu'après une réunion Zoom, on est tout seul. Alors qu'après une réunion physique, on se retrouve plusieurs. Et c'est ça qu'est intéressant. Après une réunion, on peut se faire un restaurant, on peut aller se boire un café ensemble. Rediscuter de ce qui a été dit. Tiens j'ai rencontré ce problème là aussi, j'ai une solution, ça peut t'intéresser. On a un p'tit sourire. Mais bien sûr les sourires, il y a un truc qui passe dans le regard. Tout ça c'est important. On se fait des hug en fin de réunions, ça aussi c'est important. On a quand même avant tout un truc d'humanité à restaurer qu'est super important. Ça ne se fait en réunion physique ça, ça ne se fait pas par Zoom. C'est un problème de lien en fait qu'on a, le lien c'est compliqué de faire du lien. Par Zoom c'est possible mais ça va être virtuel, ce n'est pas pareil. En physique c'est quand même plus chaleureux. Il y a des rires, des regards. On ressent beaucoup plus de choses. Il y a des taquineries ». Ainsi, l'outil numérique modifie la relation que l'utilisateur a l'habitude d'avoir en présentiel avec le professionnel. Le distanciel peut modifier certaines interactions mais également en créer de nouvelles, apporter certains avantages que nous n'avions pas nécessairement imaginés auparavant. Je le développerai dans la partie suivante intitulée : Les intérêts du développement de la téléconsultation pour la filière addictologique.

Comme nous venons de le voir, l'usage de la téléconsultation convoque des enjeux spécifiques en addictologie : des enjeux techniques et numériques et des enjeux médicaux. L'outil numérique génère des contraintes matérielles existantes chez les usagers et les professionnels et affecte la relation

professionnel-usager. Malgré ces enjeux, les usagers et les professionnels ont de véritables attentes envers la téléconsultation. La modification des pratiques cliniques nécessite de repenser certaines activités comme la distribution de matériel de RdRD et l'examen clinique et de prendre en compte l'état clinique du patient avant de proposer une téléconsultation.

Partie III. Les intérêts du développement de la téléconsultation en addictologie

Nous venons d'étudier les enjeux spécifiques de la téléconsultation en addictologie. Il est essentiel de les connaître afin de pouvoir accompagner de manière optimale les professionnels et les usagers dans le déploiement des usages. Comme nous venons de le voir, les obstacles au développement des consultations à distance sont principalement techniques, numériques et médicaux. De la même manière nous avons pu au travers des matériaux analysés, identifier les intérêts du développement de la téléconsultation pour la filière addictologique. Les intérêts sont quant à eux, pour l'accès aux soins et relatifs à la relation professionnel-usager. La vérification des prérequis à la téléconsultation est essentielle pour les professionnels.

A. La téléconsultation, un des leviers d'accès aux soins

Pour commencer, la téléconsultation permet de faire de l'aller vers, c'est-à-dire qu'elle permet de rejoindre certains publics qui ne seraient pas nécessairement venus d'eux-mêmes consulter en présentiel dans les structures spécialisées en addictologie. En effet, selon Monsieur E. psychiatre addictologue dans une structure hospitalière, certaines personnes sont en difficulté ou éprouvent de la honte *« de se présenter à un médecin ou à un soignant pour parler d'un problème addictif »*. Monsieur E. considère que pour ce type de patients la téléconsultation est une modalité d'accès au soin. De la même manière, Madame I., psychiatre addictologue et médecin coordinateur d'une structure médico-sociale indique que ça peut être un moyen pour les personnes qui n'osent *« pas franchir les portes d'un CSAPA mais qui osent passer un coup de fil, qui osent faire un rendez-vous en visio. C'est plus anonyme »*. De fait, le distanciel permettrait de garantir à l'utilisateur un premier contact prudent avec les soins. Madame I. poursuit : *« Si ça peut faciliter certaines personnes de venir vers les soins. Ça se trouve on a des voisins qui habitent juste à côté de notre structure mais qui n'osent pas venir franchir le pas parce qu'ils se disent qu'il y a la petite mamie derrière son rideau qui va le dire à tout le quartier. J'ai peur de croiser, mon statut fait que je ne peux pas me permettre, pour certains ça peut être aussi un moyen d'accéder au soin et de déstigmatiser. On est quand même très stigmatisé que ce soit en psychiatrie ou en addictologie. Pour certains je suis encore le médecin qui transforme en zombie avec le filet de bave et que je vais attacher. Il y a encore ses représentations où quand il me voit : vous n'êtes pas un gros barbu ? »*. La téléconsultation permettrait ainsi d'assurer l'anonymat et d'éviter de subir de potentiels stigmates associés aux addictions. Des stigmates qui peuvent être encore plus durs à vivre quand on est jeune. C'est pour cela que Madame D., médecin dans un CSAPA affirme que la téléconsultation : *« Ça peut être hyper intéressant avec des jeunes, que notre public CJC*

parfois, peut être en difficulté pour venir chez nous, pour aller vers. Du coup, une première téléconsultation, ça permet aussi de voir un visage, de voir une personne, de se dire ok l'approche est plutôt bienveillante, sécurisante. Je peux y aller en personne parce que j'ai fait une première téléconsultation qui m'a rassurée ». Le distanciel a permis également aux groupes de paroles comme les réunions des NA par exemple, de faire de l'aller vers. Selon Monsieur P., dépendant et membre de cette association d'entraide, « *Il y a des constats qui ont été faits de cette expérimentation qui ont montré que pour certains ça avait permis de se mettre en contact avec NA. Il y a des gens qui avaient peur physiquement de se déplacer, de venir en réunion, de pousser la porte, de se retrouver face à des gens qu'ils ne connaissent pas* ». Ainsi, cette nouvelle pratique permet de rejoindre d'autres publics éloignés du soin.

Autant certains professionnels ont pu décrire les limites d'utilisation de la téléconsultation pour les patients alcoolisés ou sous emprise de produits psychoactifs, autant la téléconsultation peut aussi être un outil pour maintenir le soin et réduire les risques. Il est possible que certains patients prennent le volant pour se rendre en consultation en ayant consommé des produits psychoactifs. Dans ce cas, le recours à la téléconsultation semble tout à fait adéquat. Madame J. cadre coordonnateur au département de santé publique d'une structure hospitalière composée notamment d'une ELSA, indique que l' « *on voit bien les risques qu'ils prennent pour arriver jusqu'à nous. Ça permet de limiter la conduite sous-produit. C'est ce qu'ils observent avec l'ELSA, il y a une plus-value amenée par les patients : j'ai couru et fais courir moins de risques* ». Au-delà des risques encourus pour eux-mêmes, ça limite aussi les risques qu'ils pourraient potentiellement subir aux autres. Justement, une partie du public accueilli au sein des établissements spécialisés en addictologie ont déjà pu être contrôlés par les forces de l'ordre ou ont déjà pu avoir des accidents de la route leur faisant perdre leur permis de conduire. Madame F., psychologue dans un CSAPA affirme qu'elle a « *vraiment pas mal de patients qui viennent en voiture et qui n'ont plus le permis. On travaille avec eux sur la réduction des risques. On ne va peut-être pas tant se voir que ça si à chaque fois vous prenez la voiture, il y a ce risque-là. Et potentiellement en plus un risque judiciaire* ». De fait, pour ce public-là la téléconsultation permet de garder le lien avec les patients qui ne vont pas pouvoir se déplacer à cause d'usage d'un produit. Elle permettrait également de développer des nouvelles modalités de suivi comme par exemple un suivi alterné.

Effectivement, Madame C., médecin addictologue dans un CSAPA explique que si l'utilisateur vient systématiquement en voiture sous l'emprise d'un produit produisant un véritable changement de comportement et que : « *si on voit qu'ils sont dans des périodes où ce n'est pas possible de changer ça, de reposer plutôt de le faire en visio ça pourrait être intéressant* ». Madame C. imagine un suivi alterné anticipé. Madame G., secrétaire médicale dans un CSAPA hospitalier indique que : « Les

alcoolisations ou autres usages de substances le jour J par exemple de la consultation. Au dernier moment, ben non, le patient appelle le secrétariat et demande si la consultation est possible de se faire plutôt à distance, en visio. Je pense que d'avoir la possibilité pour le patient, plutôt que de ne pas honorer son rendez-vous, qu'il ne vienne pas plutôt qu'il soit dans un format différent ». Elle l'imagine donc plutôt comme un moyen de maintenir le suivi. Madame B, psychiatre addictologue et cheffe de service d'un CSAPA précise que la téléconsultation peut permettre de : « *faire des points courts entre deux rendez-vous, 5-10 min de coaching, faire le point sur un traitement, sur des envies fortes de reconsommer ».* Le parcours de soin des usagers constitue un véritable enjeu de santé publique. La téléconsultation pourrait constituer un outil pouvant favoriser l'accès et le maintien dans les soins.

Comme nous venons de le voir, la téléconsultation permet de proposer un suivi alterné, elle peut également permettre d'apporter une réponse « urgente ». Madame A., psychologue dans un CSAPA indique que : « *ça peut aider en addicto, à être plus dans l'immédiateté de leurs problématiques. On en est pas du tout là en addicto mais c'est ce qui se développe de plus en plus avec les plateformes de consultations psy où on se rapproche un peu parfois du coaching. [...] En termes d'addicto, c'est des vraies questions que moi je me pose et que je développe de plus en plus. A des moments, de pouvoir appeler ou de pouvoir être en visio avec le patient au moment où il a des envies d'usage par exemple, ça, ça me questionne. Ça peut se faire déjà maintenant, limite d'être en consultation chez eux au moment où là vous voyez madame c'est le moment où j'ai envie de me servir un apéro. Il est 7 heures et c'est l'heure où j'ai des envies. Bah tiens, et si on se connecte à ce moment-là et d'être dans le moment où ça se joue pour eux et d'être dans, qu'est-ce que vous pouvez faire autrement, qu'est-ce qui se passe pour vous, quels sont les enjeux ? Moi je pense que ça pourrait être un accélérateur de travail, d'être in situ avec eux dans le moment où ça se joue ».* Ainsi selon Madame A., la téléconsultation peut permettre de proposer d'autres formes de consultations, d'être là notamment dans les moments de craving pour les usagers. « *Dans le domaine de l'addiction, le craving désigne une envie irrépressible de consommer une substance ou d'exécuter un comportement gratifiant alors qu'on ne le veut pas à ce moment-là »* (Auriacombe et al., 2016). On retrouve cette notion d'immédiateté de la réponse à apporter par le professionnel avec Madame J., cadre coordonnateur dans un CSAPA hospitalier : « *Avec un patient déjà bien connu qui appelle et qui signale la nécessité d'être vu, reçu rapidement. La téléconsultation est un moyen d'évaluer cette urgence, cette sollicitation et d'évaluer sans trop de contraintes le patient en ayant une réponse rapide et sans trop de contraintes pour le professionnel non plus ».* Elle apporte une nuance en ajoutant la notion d'évaluation du risque : « *Là en ce moment le risque accru est celui de passage à l'acte, de suicide ou d'actes d'agression. Pouvoir faire un point régulier en visio de 5-10 minutes sur comment vous vous sentez ? Est-ce que vous vous sentez plutôt équilibré avec votre traitement ? Est-ce qu'il y a eu des événements majeurs ? Pouvoir faire un petit*

point sans que ce soit un entretien majeur quand on sait que la période est délicate pour le patient, c'est très important ». Autant les professionnels ont émis un point de vigilance pour la pratique de la téléconsultation avec des patients ayant des idées suicidaires, autant elle permettrait d'évaluer l'état clinique du patient et pourrait ainsi répondre à des situations urgentes. Madame I., psychiatre addictologue et médecin coordinateur dans un établissement médico-social indique que cet outil complémentaire permet également de proposer une modalité de suivi pour des patients mobiles : *« S'il y a des patients saisonniers, dans la région il y a pas mal de patients saisonniers qui changent de CSAPA tous les quatre matins, avoir une référence qui suit les choses ça peut être pas mal ».* Au-delà des saisonniers, la téléconsultation permet de rejoindre les familles éloignées géographiquement. Monsieur E., psychiatre addictologue dans une CHU indique que : *« ce qui est un petit peu nouveau, qui est intéressant et l'un des gros avantages de la téléconsultation, c'est que les familles actuelles sont bien plus mobiles qu'elles ne l'étaient il y a 50-60 ans maintenant avec des enfants qui partent en études à droite, à gauche, avec des déplacements, des explosions de familles et comme on a une grosse pratique de thérapie familiale, une habitude de recevoir les parents des patients que l'on accompagne qui sont souvent ado ou jeunes adultes. Une jeune fille qui fait ses études à Nantes mais dont sa famille est à Lille, avant elle n'avait pas d'autres choix que de demander à la famille de venir sur Nantes ou de se dire tant pis on ne fera pas la consultation familiale. Là on se rend compte qu'en téléconsultation on peut très bien avoir la fille avec nous en consultation et l'infirmier avec un écran ouvert sur la famille que l'on voit à distance et c'est une pratique particulièrement intéressante avec cette ouverture de rapprocher les liens de famille sans devoir subir cet éloignement géographique qui fait partie de la société moderne ».*

Comme nous pouvons le constater, la téléconsultation permet de développer de nouvelles modalités de suivi : un suivi alterné, une réponse urgente dans le cas d'un craving ou d'un risque accru de passe à l'acte, d'agression ou bien de suicide. Selon Madame J., la téléconsultation est un *« outil de plus dans la boîte à outils du travailleur du CSAPA ».* Les professionnels sont en effet plusieurs à considérer la téléconsultation comme un outil complémentaire au présentiel. *« C'est une corde de plus à notre arc thérapeutique »* selon Monsieur E, psychiatre addictologue dans un CHU. Il poursuit en expliquant qu'il faut *« différencier les modes d'accompagnement que l'on propose à nos patients. Je voyais une jeune fille ce matin qui part en stage de terminale en Allemagne pendant 2 mois. On se fera une visio dans un mois et finalement on maintient l'espace de consultation. Non pas comme-ci de rien n'était, mais avec une vraie possibilité de maintenir quelque chose que l'on n'aurait pas pu faire sans cet outil-là, où ça serait passé par mail ou par téléphone il y a longtemps ».* Monsieur P., membre des NA apporte une nuance : *« [Zoom] est un outil supplémentaire nous permettant de varier les possibilités »,* les dépendants ne recherchant pas ce type d'échanges *« vont rester sur les*

traditionnelles réunions physiques, d'autres en mode hybride, d'autres continus essentiellement sur Zoom ». Il s'agit donc d'un outil permettant une certaine adaptabilité aux préférences et aux situations des patients. Les groupes de parole en distanciel ont également permis d'améliorer l'accès aux réunions pour les dépendants. En effet, Monsieur P., membre des NA affirme que « Par Zoom, ça leur a facilité la tâche, il y a des gens qui géographiquement sont loin, donc pour eux c'est facilitant. Sur Nantes on a la chance d'avoir une réunion chaque jour de la semaine mais ce n'est pas le cas partout en France. A part Paris, c'est le seul endroit où il y en a autant. En général c'est 2-3 réunions par semaine dans les autres grandes villes et il y a des petits bleds où il y a une réunion par semaine voire tous les 15 jours où ils se retrouvent à 2 ou 3 en réunion. Donc là c'est carrément super d'avoir un ordinateur à côté, des gens en visuel et on se retrouve tout de suite à 10-15 ou 20 en réunion. Là, la richesse des partages, des échanges, des témoignages de chacun sont très bénéfiques pour son propre rétablissement ».

La téléconsultation facilite également l'accès aux soins pour les personnes en vulnérabilité COVID et pourrait faciliter le lien entre les différentes structures spécialisées en addictologie. De fait, la téléconsultation constitue un outil permettant de fluidifier le parcours de soin des usagers. Madame D., médecin addictologue dans un CSAPA, explique que ça pourrait être un outil permettant de mieux articuler les structures et de préparer les transitions entre différentes phases de soins : « Ça peut être préparer la sortie du patient, en tout cas faciliter le lien entre la partie sanitaire et ambulatoire par exemple pour faciliter des fins de soins parfois qui sont des moments quand même bien particuliers dans l'histoire addicto des usagers parce que c'est un moment qui est très, très à risque de rechute, les sorties d'hospit. Donc c'est vrai que rétablir le lien avant la sortie et avoir une continuité des soins de cette manière-là, ça peut être intéressant ».

De plus, la téléconsultation permet de limiter les déplacements. Selon Madame C, médecin addictologue dans un CSAPA, la téléconsultation pourrait permettre de proposer un suivi alterné aux usagers qui auraient des difficultés pour assumer le coût des trajets vers l'établissement : « Poser un rythme avec la personne sur ce qui est possible pour elle. Si c'est des déplacements par bus ou voilà voir à quel rythme il peut se payer un billet de train, un bus ou engager aussi. Je pense que ça peut être un peu négocier avec la personne pour qu'il y ait quand même du présentiel régulièrement ». De fait, la téléconsultation permet de faciliter l'accès aux soins pour les personnes dans des situations précaires, pour les personnes éloignées du soin, dans des zones rurales ou bien dans des déserts médicaux et pour les personnes avec des problèmes de mobilité. Madame J., cadre coordonnateur dans une structure hospitalière indique que : « dans les zones rurales, il n'y a parfois pas de réseau de transport en commun ». L'accessibilité et l'instantanéité induites par l'outil numérique ont également tout leur intérêt. Madame A, psychologue dans un CSAPA affirme que « c'est plus approprié à la mobilité

d'aujourd'hui. Ils [les usagers] utilisent leur portable ou leur ordinateur pour se connecter à leur compte en banque, se connecter à plein de choses alors pourquoi pas faciliter les consultations en addicto pour plus de facilité d'aller vers eux et de se connecter là où ils sont au moment où ils le sont sans nécessairement avoir besoin de se déplacer, pour ceux qui n'ont pas envie de se déplacer, de rendre la consultation accessible en facilitant et en réduisant la mobilité ».

Le fait de ne pas avoir à se déplacer jusqu'à un lieu de soin optimal l'organisation des usagers et entraîne ainsi selon Mme I., psychiatre addictologue et médecin coordinateur au sein d'une structure médico-sociale : « *un gain de temps* », en répondant « *aux contraintes horaires* », c'est « *moins lourd pour le côté organisationnel* ». Elle prend l'exemple de ne pas avoir à faire garder les enfants pour les usagers. Monsieur E. psychiatre dans une structure hospitalière indique que quand ses usagers « *sont au travail ou en étude* », il leur propose une téléconsultation « *plutôt que de banaliser l'ensemble d'une demi-journée ou s'ils sont un peu loin une journée. Ça leur prend un temps qui est plus limité* ». Ainsi, la téléconsultation permet d'optimiser l'organisation des usagers. Madame F, psychologue dans un CSAPA affirme qu'elle : « *le propose dès que j'entends un problème de transport, un problème financier ou que les gens m'en parlent* ». Ces intérêts organisationnels sont également appréciables pour les professionnels. En effet, Madame F. exerce dans deux antennes différentes et propose parfois à ces patients des téléconsultations pour faciliter l'organisation au sein de sa structure : « *D'un point de vue organisationnel, on est peu de professionnels parfois par antenne et du coup la téléconsultation peut permettre de ne pas se retrouver à accueillir seul. Pour certains jours où on n'est pas beaucoup, ça peut permettre de maintenir des consultations* ». Ainsi, la téléconsultation permet à cette professionnelle d'intervenir à partir d'un lieu de consultation unique pour des patients situés à différents endroits. Comme nous avons pu le voir précédemment, la téléconsultation permet de créer de nouvelles modalités de pratique tout en optimisant l'organisation du professionnel et de l'utilisateur.

Pour conclure, ces consultations à distance permettent de faire de l'aller vers et de faciliter l'accès aux soins pour certains usagers. Les téléconsultations peuvent être un outil de RdRD afin de limiter les déplacements d'utilisateurs actifs tout en maintenant le suivi. Le recours à ces nouvelles pratiques développe de nouvelles modalités de suivi telles que des suivis alternés ou bien des réponses urgentes à certaines situations. De fait, la téléconsultation est identifiée comme étant un outil complémentaire pour les professionnels qui facilite le parcours en addictologie. Aussi, l'usage de la téléconsultation détient de nombreux intérêts organisationnels pour le professionnel et pour l'utilisateur. En effet, elle permet de limiter les déplacements et donc de réduire les temps de transport. Ce qui est particulièrement bénéfique pour les personnes avec des problèmes de mobilité tels que les personnes éloignées des centres de soins, les personnes ayant perdu leur permis de conduire et avec un réseau de transport en commun limité, les personnes dans des situations de précarité, pour qui il est difficile

d'assumer le coût du trajet, etc. L'outil numérique permet d'optimiser l'organisation des usagers et des professionnels de par les modalités qu'il crée d'instantanéité des échanges et d'accessibilité à la consultation. Au-delà des intérêts organisationnels l'usage de la téléconsultation présente un intérêt dans la relation professionnel-usager en modifiant la pratique clinique habituelle.

B. L'apport de la téléconsultation dans la relation professionnel-usager

Comme nous avons pu le voir précédemment la téléconsultation a permis d'assurer la continuité des soins pendant la crise sanitaire. Au-delà de cet intérêt médical, la téléconsultation a permis aussi de maintenir le lien entre l'utilisateur et le professionnel. Ce qui est essentiel en addictologie pour certains usagers qui constituent un public à risque d'isolement. Madame K, cadre de santé dans une structure hospitalière indique que « *Même si ce n'est pas l'idéal car on est quand même avec une population qu'est en recherche de contacts. Ça c'est plutôt bien [la téléconsultation]. L'intérêt c'est le lien avec l'autre, c'est la communication, c'est les échanges, c'est de répondre assez rapidement* ». Monsieur O explique qu'il n'était pas très adepte du distanciel quand les groupes de paroles des NA ont débutés en distanciel pendant la crise sanitaire, qu'il lui a fallu un temps d'adaptation mais que finalement ça lui a permis de maintenir un lien : « *Moi personnellement ce n'est pas venu tout de suite. J'ai eu beaucoup de mal avec les réunions Zoom lors du premier confinement. Il m'a fallu quelques temps pour m'adapter. Mais en fait je me suis rendu compte que j'étais tellement mal que du coup je n'avais pas trop le choix en fait. N'ayant plus de réunion physique j'étais obligé de me rabattre sur les réunions Zoom* ». Selon Monsieur E. psychiatre dans une structure hospitalière, la réalisation d'une consultation au sein même du foyer de l'utilisateur entraînerait un certain lâcher prise chez le patient qui se livrerait davantage : « *Une facilité d'accès, des patients qui se livrent peut-être parfois plus facilement, qui se retrouvent plus protégés à l'intérieur de la maison. Ça leur donne la possibilité d'évoquer plus de choses* ». Madame D. médecin dans un CSAPA partage le même avis : « *L'évocation des traumatismes [...] serait plus facile qu'en face à face, plus facilitant* ». D'après Monsieur E. également psychiatre, la perception de l'environnement personnel du patient permet d'accéder à une intimité plus difficile à saisir en présentiel qui participerait favorablement à l'examen clinique notamment pour des patients souffrant de troubles du comportement alimentaire : « *La téléconsultation permet de faire le tour de la chambre, du salon, de la cuisine pour les troubles alimentaires et de voir les patients dans leurs milieux naturels. Il y a plein de choses qui sont imprégnables, de ressentir une ambiance de maison, de chambre, de ceci cela. Il faut qu'on soit sensible à ces éléments qui font partie du diagnostic aussi* ». L'accès au lieu de vie de l'utilisateur grâce à l'outil numérique serait également bénéfique à la relation professionnel-usager en renforçant les liens. Selon Madame J. cadre coordonnateur dans une structure hospitalière : « *L'intérêt c'est aussi de se rapprocher du patient parce qu'on est dans son lieu de vie. Les*

déterminants de santé c'est très important. D'avoir accès à son lieu de vie c'est un nouvel indicateur pour le soignant dans son évaluation et c'est formidable dans la relation d'aidant dans laquelle on est. Le patient est d'autant plus dans le lâcher prise qu'il est chez lui. Donc pour moi, l'accompagnement est facilité ». Les collègues de Monsieur E. psychiatre ont eu recours à Zoom afin de poursuivre les groupes de parole au sein de sa structure hospitalière et ainsi ont pu : « maintenir un lien groupal et la force de soins ». « On travaille beaucoup sur les dimensions de groupe et de maintenir ces liens de groupe par visio avec l'idée qu'un duo d'animateurs infirmiers se branchait dans une pièce, avait ses 6 patients en face sur Zoom et c'était parti sur un échange de deux heures ». De fait, au-delà du maintien du lien entre le professionnel et l'utilisateur, l'utilisation d'outils de visioconférence par un professionnel ou par un bénévole d'une association d'entraide permet également de maintenir le lien entre des personnes partageant une problématique addictive. Le développement des réunions des NA en distanciel a créé des opportunités de rencontre avec des nouveaux dépendants et a ainsi donné lieu à de nouveaux liens. En effet, les réunions Zoom n'ont pas de limite géographique et donne accès à des narcotiques d'autres territoires. Monsieur P. explique que pouvoir entendre de nouveaux témoignages a eu un réel intérêt dans son rétablissement : « même si on a des réunions tous les jours sur Nantes, au bout d'un moment c'est quand même toujours les mêmes qu'on voit en réunion, c'est toujours un peu les mêmes témoignages qui reviennent. Parfois, je ne veux pas dire que ça a un côté répétitif et qu'au bout d'un moment c'est stérile, ce n'est pas ça. Mais ça fait du bien de temps en temps d'entendre d'autres personnes ».

L'interface visuelle de la téléconsultation apporte une plus-value par rapport au téléphone notamment l'accès au non verbal qui est un élément essentiel pour les psychologues ou les psychiatres lors de l'échange avec le patient, l'utilisateur. Madame I. elle-même psychiatre addictologue dans un établissement médico-social affirme que : « La visio aurait été un atout à ce moment-là pour évaluer. D'autant plus [...] dans ma double spécialité le non verbal étant important. Quelqu'un qui dit qu'il est triste avec un grand sourire ou l'inverse, quelqu'un qui dit en pleurant ou en faisant la tronche : je vais très bien. On va le questionner davantage ». Effectivement, la perception de ces détails est difficile voire impossible par téléphone. Madame I poursuit : « Voir la personne debout, la faire marcher, ça c'est des choses que l'on peut faire même au niveau de la caméra. Voir les tremblements au niveau des mains, c'est quelque chose que l'on peut faire en visio ». Les consultations en présentiel depuis la crise du COVID-19 obligent les usagers et les professionnels à porter un masque et donc à cacher une partie de leur visage. De fait, cela limite l'observation et donc l'examen clinique. Madame D. médecin dans un CSAPA indique que le port du masque complexifie l'examen buccodentaire des usagers : « Un truc auquel on fait quand même pas mal attention c'est l'état buccodentaire de nos patients. Parce que concrètement quand ils prennent des TSO, ça abîme vachement les dents pour plein de raisons.

Notamment parce que le PH est mauvais pour l'émail dentaire entre autres et c'est vrai que c'est quelque chose que l'on évalue plus alors que c'est quelque chose que je trouvais jusque-là pas mal central. C'est souvent quelque chose qu'on abordait, on encourageait les gens à aller chez le dentiste pour se prendre en soin quand on commençait les TSO. Donc se libérer du masque, ça va faire du bien ». Au contraire la téléconsultation donne accès à l'observation du visage entier et donc facilite l'examen clinique.

Ainsi, la téléconsultation crée-t-elle de nouvelles modalités qui contribuent positivement à la relation professionnel-usager. Effectivement, le numérique permet de maintenir le lien entre l'utilisateur et le professionnel et aussi les liens entre les personnes partageant des problématiques addictives via les groupes de parole. Le fait pour l'utilisateur de consulter depuis son foyer peut contribuer à l'alliance thérapeutique. Le fait pour le professionnel d'avoir accès au lieu de vie de l'utilisateur lui apporte des éléments supplémentaires lui permettant de compléter son diagnostic. L'interface visuelle de la téléconsultation apporte une plus-value par rapport au téléphone en donnant accès au non verbal. Certaines situations médico-psycho-sociales sont plus favorables à la pratique de la téléconsultation. C'est ce que nous allons étudier maintenant afin d'apporter des clés aux professionnels sur les profils adaptés.

C. Les publics et les situations éligibles à la téléconsultation

Tout d'abord, le préalable à toute téléconsultation est de s'assurer que le patient est demandeur, ou au moins favorable et qu'il y voit un intérêt. Une fois que la personne est informée et qu'elle a donné son accord, il faut qu'elle dispose du matériel et des conditions adéquates au sein de son foyer comme nous avons pu le voir précédemment. En outre, la stabilité psychique et une aisance minimale avec le numérique sont indispensables pour intégrer la téléconsultation dans le programme de soins et d'accompagnement.

Le développement de la téléconsultation a tout son intérêt pour les patients qui sont en incapacité de se déplacer. Nous avons déjà mis en avant l'enjeu de l'accès aux soins pour les patients qui sont éloignés du soin, dont l'accès à la mobilité est limité. Monsieur E, psychiatre au sein d'un CHU souligne également l'intérêt de la téléconsultation pour les patients en situation de dénutrition avancée : « *Une patiente anorexique très, très amaigrie qui est vraiment en difficulté physique tellement elle est affaiblie et dans une dénutrition avancée. Ce serait une bonne indication de lui proposer une téléconsultation étant donné qu'elle est en fragilité physique extrême comme ça. La voir en téléconsultation pour constater cet état là et d'avoir cet échange de dire étant donné votre situation, il va falloir vous hospitaliser. A mon avis c'est plutôt une bonne indication de manière de faire ».* De fait,

la téléconsultation constitue une alternative au présentiel pour certaines indications notamment en cas d'état général altéré.

Aussi, nous avons évoqué l'intérêt de l'outil numérique pour rejoindre le public jeune. La téléconsultation peut faciliter l'accès aux soins, l'entrée dans la démarche pour les jeunes accueillis en CJC. Selon Madame D. médecin au sein d'un CSAPA : « *Ça peut être hyper intéressant avec des jeunes [...] parfois peut être en difficulté pour venir chez nous, pour aller vers. Du coup, une première téléconsultation, ça permet aussi de voir un visage, de voir une personne, de se dire ok l'approche est plutôt bienveillante, sécurisante. Je peux y aller en personne parce que j'ai fait une première téléconsultation qui m'a rassurée* ». Madame F psychologue et référente CJC au sein d'un CSAPA explique que les jeunes ne sont pas toujours autonomes pour se déplacer et souhaitent préserver la confidentialité de leur démarche. Elle indique qu'elle a « *une collègue qui est promeneuse du net, qui a une présence sur les réseaux sociaux pour le CSAPA [...] pouvoir discuter avec les jeunes sur Instagram ou Snapchat, déjà c'est pas mal. Il y a des jeunes qui lui ont proposé de se voir vraiment directement pour discuter. C'est aussi quelque chose qui est dans leurs habitudes* ». De fait, le numérique peut être un levier d'accès aux soins pour les jeunes. Madame K. cadre de santé dans une structure hospitalière affirme que le numérique pourrait rassurer les populations jeunes.

La mise en place de la téléconsultation nécessite quelques précautions à la fois sur le plan matériel et sur le plan médical. Il semble cependant que les professionnels positionnent la téléconsultation comme un nouvel outil permettant de rejoindre certains publics, et de maintenir dans le soin des patients ou usagers. A ce titre, la téléconsultation peut s'avérer un outil favorable à la fluidité du parcours de soins et d'accompagnement en addictologie.

Conclusion

En prenant de la distance avec ce mémoire, j'ai pu me questionner sur ses limites. D'abord, il est essentiel de s'intéresser au contexte de la période qui vient de s'écouler, la crise sanitaire ayant perturbé mes missions de stage. En effet, j'ai commencé mon stage au moment du troisième confinement. Etant donné qu'il fallait éviter les contacts, la plupart des entretiens et des groupes de travail régionaux se sont réalisés en distanciel, majoritairement via Zoom. Le distanciel a sûrement affecté les différents échanges que j'ai pu avoir, certaines personnes étant par exemple moins à l'aise à intervenir via ce genre d'outil ou moins attentives, moins concentrées dans l'exercice. Le dispositif d'enquête a pu nourrir les réflexions sur le dispositif de téléconsultation, Zoom proposant le même type d'interactions que la téléconsultation, c'est-à-dire des visioconférences. La visioconférence limite les échanges informels, notamment ce qui pourrait se dire avant la réunion et à la fin de celle-ci. Par rapport aux entretiens réalisés, il aurait été intéressant d'échanger avec des intervenants sociaux qui font partie intégrante du parcours de soin des usagers en addictologie. Cependant, les deux mois de vacances d'été précédant le rendu du mémoire ont diminué la disponibilité des professionnels. J'aurais aimé rencontrer plus d'usagers avec des profils variés (problématique addictive, âge, catégorie socio-professionnelle, genre, etc.) et des parcours de soins différents afin de pouvoir réaliser un regard croisé plus équilibré entre les professionnels et les usagers. La temporalité du mémoire ne m'a pas permis de me rendre au sein des différents établissements spécialisés en addictologie sur la région. J'ai dû adapter mes missions aux contraintes sanitaires et donc limiter mes déplacements. La temporalité du stage est assez frustrante compte tenu de ce type de projet. En effet, s'agissant d'un travail exploratoire, je n'ai pu participer qu'aux premières étapes de la construction de ce cadre expérimental. J'aurais aimé pouvoir bénéficier des retours de terrain, d'applications des préconisations émises. Cependant, c'est assez prometteur et encourageant car il semble que les usages et la réflexion sur le sujet en addictologie se développent. En effet, le travail de la DGOS et de la Société Française de Santé Digitale autour du déploiement des usages de la téléconsultation pour l'addictologie devrait débiter ce mois-ci (septembre 2021).

Pour conclure, la téléconsultation en addictologie en Pays de la Loire est encore à un stade expérimental voire reste inexistante pour certains professionnels. Les entretiens ont fait apparaître des confusions quant à la définition de la téléconsultation et de ses usages. Les acteurs de l'addictologie en ont une perception disparate voire erronée concernant la définition qu'ils lui associent, les professions concernées, le cadre réglementaire, la facturation associée ou les fonctionnalités relatives à l'outil. La crise sanitaire de 2020 a permis à certains acteurs de l'addictologie d'expérimenter des premiers usages, la téléconsultation n'étant pas utilisée avant celle-ci, bien qu'une stratégie régionale de déploiement de la télémédecine ait été initiée notamment entre l'ARS et le GCS

e-santé. Durant la crise sanitaire, les professionnels spécialisés en addictologie se sont trouvés confrontés à de nouvelles problématiques mais ont aussi dû assurer leurs activités quotidiennes dans un contexte contraint sur le plan humain et matériel (arrêt maladie, COVID, gardes d'enfants, réquisition de personnel, etc). Ils ont dû développer de nouvelles solutions pour assurer la continuité des soins. La téléconsultation a été l'un des leviers d'action pour faciliter l'accès aux soins en addictologie pendant la crise sanitaire.

L'usage de la téléconsultation convoque des enjeux spécifiques en addictologie : des enjeux techniques et numériques et des enjeux médicaux. L'outil numérique génère des contraintes matérielles (équipement matériel, connectivité internet), nécessite des prérequis (compétences numériques, formation) et affecte la relation entre le professionnel et l'utilisateur (attention, qualité de présence). Malgré ces enjeux, les usagers et les professionnels ont de véritables attentes envers la téléconsultation. La modification des pratiques cliniques nécessite de repenser certaines activités comme la distribution de matériel de RdRD et le déroulement de l'examen clinique (tests urinaires, examen respiratoire) et de prendre en compte la situation médico-psycho-sociale (patients paranoïaques, persécutés, dépressifs, suicidaires) avant de proposer une téléconsultation.

Il semble indispensable de proposer la téléconsultation en tenant compte de la situation clinique du patient, des étapes dans son parcours de soins et d'accompagnement, et des contraintes matérielles. Ces consultations à distance permettent de faire de l'aller vers et de faciliter l'accès aux soins pour certains usagers. Les téléconsultations peuvent être un outil de RdRD afin de limiter les déplacements d'usagers actifs tout en maintenant le suivi. L'outil numérique permet de développer de nouvelles modalités de suivi. De fait, la téléconsultation est identifiée comme étant un outil complémentaire pour les professionnels qui facilite le parcours en addictologie. Elle permet de limiter les déplacements et répond ainsi aux problématiques de mobilité. L'outil numérique permet d'optimiser l'organisation des usagers et des professionnels de par les modalités qu'il crée d'instantanéité des échanges et d'accessibilité à la consultation. Le numérique permet de maintenir le lien entre l'utilisateur et le professionnel et aussi les liens entre les personnes partageant des problématiques addictives. Le fait pour l'utilisateur de consulter depuis son foyer peut contribuer à l'alliance thérapeutique. Le fait pour le professionnel d'avoir accès au lieu de vie de l'utilisateur lui apporte des éléments supplémentaires lui permettant de compléter son diagnostic. L'interface visuelle de la téléconsultation apporte une plus-value par rapport au téléphone en donnant accès au non verbal. Cependant, avant de proposer une téléconsultation à un utilisateur, des prérequis sont nécessaires : qu'il y soit favorable et qu'il y voit un intérêt, qu'il ait le matériel et les bonnes conditions pour réaliser la consultation au sein de son lieu de vie. Il doit également s'assurer que le patient est plus ou moins

équilibré sur le plan psychique, stabilisé et compétent numériquement. Aussi, l'outil numérique permet de rejoindre d'autres publics qui peuvent avoir des réticences à consulter.

La téléconsultation ne s'est pas développée au plan national de façon homogène mais différentielle par public cible : personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes détenues, etc. Elle s'est également déployée de façon différentielle entre les libéraux et les autres types de professionnels. L'addictologie ne faisait pas partie des priorités. De fait, les faibles usages de la téléconsultation en addictologie ne permettent pas encore d'avoir une vision complète des enjeux spécifiques à son usage. Il va donc falloir confronter cette analyse à la réalité des usages de plus grande ampleur.

Pour commencer, cette analyse va être restituée auprès des membres interrogés : les professionnels, les usagers, les membres de l'ARS des Pays de la Loire, du GCS e-santé, de la DGOS et de la Société Française de Santé Digitale. A terme cette recherche est amenée à créer des préconisations et des livrables afin d'accompagner les professionnels et les usagers qui souhaiteraient recourir à la téléconsultation. L'analyse actuelle a permis d'en faire émerger quelques-unes. Tout d'abord, des préconisations relatives aux contraintes matérielles. En effet, les professionnels et les usagers ont besoin d'être formés à la prise en main des outils de téléconsultation. Les structures ont également besoin d'avoir l'équipement matériel adéquat pour assurer ces consultations en distanciel, une harmonisation du niveau d'équipement matériel des différentes structures est donc nécessaire. Le développement d'éléments de communication semble essentiel afin de clarifier les termes, les malentendus autour de la téléconsultation et que les acteurs puissent se saisir du cadre réglementaire, des professions concernées, des risques juridiques et des conditions de facturation, de valorisation de cette nouvelle pratique professionnelle. Concernant la marche à suivre, le processus, les différentes étapes de la téléconsultation, la création d'un document synthétique de recommandations à la fois pour les professionnels et les usagers paraît pertinente. Les professionnels ont également partagé le besoin d'avoir un espace d'échange sur l'évolution des pratiques des professionnels envers la téléconsultation, d'avoir un « *club d'utilisateurs* ». Pour les personnes qui ne seraient pas à l'aise avec le numérique, l'animation d'ateliers numériques pourraient leur permettre de monter en compétence.

Pour conclure, cet état des lieux régional a permis d'identifier les processus organisationnels propres à l'addictologie. Cependant, il a permis de les formaliser que partiellement. En effet, il s'agit de représentations et d'usages à la marge pour l'instant. Les faibles usages de la téléconsultation en addictologie en Pays de la Loire ne permettent pas encore d'avoir une vision complète des enjeux spécifiques à son usage. On a pu voir qu'autant la téléconsultation ne semble pas pertinente pour un premier rendez-vous, autant elle permet de faire de l'aller vers et donc de rejoindre des publics

éloignés du soin. Elle a été identifiée comme un outil de réduction des risques (limite les déplacements des usagers ivres) mais à contrario elle peut perturber le cadre de la consultation : plus de patients se permettent de consulter sous l'emprise d'un produit. Il va donc falloir confronter cette analyse à la réalité des usages de plus grande ampleur. Ce qui devrait permettre de lever les paradoxes et de formaliser complètement ces processus.

Bibliographie citée

Ouvrages et articles scientifiques

- Auriacombe, M., Serre, F., & Fatséas, M. (2016). 6. *Le craving : Marqueur diagnostique et pronostique des addictions ? Vol. 2e éd.* Lavoisier. <https://www.cairn.info/traite-d-addictologie--9782257206503-page-78.htm>
- Cayol, A. (2020). L'adaptation du système de santé français face à la pandémie de Covid-19 par le développement des usages de la télémédecine. *Droit, Sante et Société, N° 1(1)*, 25-30.
- Ferreri, F., Bourla, A., Mouchabac, S., & Karila, L. (2018). e-Addictology : An Overview of New Technologies for Assessing and Intervening in Addictive Behaviors. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 51. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00051>
- Jansen, S., White, R., Hogwood, J., Jansen, A., Gishoma, D., Mukamana, D., & Richters, A. (2015). The "treatment gap" in global mental health reconsidered : Sociotherapy for collective trauma in Rwanda. *European Journal of Psychotraumatology, 6*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28706>
- Laqueille, X., & Lucet, C. (2017). 1. *Clinique des addictions.* Lavoisier. <https://www.cairn.info/pratiques-cliniques-en-addictologie--9782257206749-page-1.htm>
- Le Bourhis, G., & Thiétard, N. (2020). Nantes : Comment les intervenants des CSAPA/CAARUD se sont adaptés pour accompagner les usagers de drogues pendant le confinement ? *Psychotropes, Vol. 26(2)*, 51-56.
- Mathieu-Fritz, A. (2018). Les téléconsultations en santé mentale. *Reseaux, n° 207(1)*, 123-164.
- Mathieu-Fritz, A., & Esterle, L. (2013). Les transformations des pratiques professionnelles lors des téléconsultations médicales. *Revue française de sociologie, Vol. 54(2)*, 303-329.
- Morel, A., & Couteron, J.-P. (2019). *Avant-propos. De quoi l'addictologie est-elle le nom ? Vol. 3e éd.* Dunod. <https://www.cairn.info/addictologie--9782100788408-page-XV.htm>
- OFDT. (2020). Les addictions en France au temps du confinement. *Tendances, 139*, 8.
- Paroles, C. S. (2020). Chronique de 9 semaines sans week-end ni repos ! *Psychotropes, 26(2)*, 23. <https://doi.org/10.3917/psy.262.0023>
- Ravinet, P. (2019). *Fenêtre d'opportunité: Vol. 5e éd.* Presses de Sciences Po. <https://www.cairn.info/dictionnaire-des-politiques-publiques--9782724625110-page-265.htm>
- Richard, D., Senon, J.-L., & Valleur, M. (2009). *Dictionnaire des drogues et des dépendances.* Larousse.
- Settlen, D. (2003). Les addictions répondent-elles toutes à la même souffrance ? *Gerontologie et societe, 26 / n° 105(2)*, 11-19.

Torres-Leguizamon, M., Reynaud, E. G., Néfau, T., & Duplessy, C. (2020). La réduction des risques à distance : Un programme adapté et efficace pour faire face à la pandémie de Covid-19. *Psychotropes*, 26(2), 123. <https://doi.org/10.3917/psyt.262.0123>

Rapports et autres sources officielles

ANS. (s. d.). *Virage numérique*. Consulté 4 mars 2021, à l'adresse <https://esante.gouv.fr/virage-numerique>

ANS. (2020, janvier). *Publication du baromètre télémédecine*. <https://esante.gouv.fr/projets-nationaux/publication-du-barometre-telemedecine>

ANS. (2021a, janvier). *Doctrine technique du numérique en santé*. <https://esante.gouv.fr/virage-numerique/doctrine-technique>

ANS. (2021b, juin 21). *MSSanté : La messagerie sécurisée de santé*. <https://esante.gouv.fr/ans/webinaire/mssante-la-messagerie-securisee-de-sante>

ANS. (2021c, juillet 13). *Publication du référentiel fonctionnel de télésanté*. <https://esante.gouv.fr/actualites/publication-du-referentiel-fonctionnel-de-telesante>

ASIP Santé, L'Agence Française de la Santé Numérique, & Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). *Etude pour l'accompagnement du déploiement de la télémédecine : Etat des lieux de l'offre de services et des plateformes régionales de télémédecine*. https://esante.gouv.fr/sites/default/files/media_entity/documents/ASIP_Rapport_Etat_des_lieux_offre_de_service_et_plateformes_regionales_t%C3%A9l%C3%A9m%C3%A9decine_vF2.pdf

DGOS. (2019). *Facturation des téléconsultations et téléexpertises en établissement de santé*.

DGOS. (2021a, juillet 26). *La téléconsultation*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleconsultation>

DGOS. (2021b, août 12). *La télésurveillance : ETAPES*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-telesurveillance-etapes>

HAS. (2016, octobre 4). *Télémédecine*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2673715/fr/telemedecine

HAS. (2019, mai). *Téléconsultation et téléexpertise : Guide de bonnes pratiques*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2971632/fr/teleconsultation-et-teleexpertise-guide-de-bonnes-pratiques

HAS. (2021). *Qualité et sécurité du télésoin. Bonnes pratiques pour la mise en oeuvre*.

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, septembre 18). *Ma santé 2022 : Un engagement collectif*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019, juillet 29). *Le plan pour renforcer l'accès territorial aux soins*. <http://www.ars.sante.fr/le-plan-pour-renforcer-laces-territorial-aux-soins-0>

Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021, janvier 29). *La téléconsultation*. Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telesante-pour-l-acces-de-tous-a-des-soins-a-distance/article/la-teleconsultation>

Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives. (2019, septembre 23). *Le dispositif de soins en addictologie*. <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/le-dispositif-de-soins-en-addictologie>

OFTD. (2019). *Drogues, chiffres clés*.

Thierry, J.-P., & Reynaud, M. (2019). *E-SANTÉ ET ADDICTIONS*. <https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport-e-sante-2019-num-v4.pdf>

Articles de presse

Boussouar, M. (2020, novembre). Les addictions au temps de la COVID-19. Un défi pour la promotion de la santé ? *Journal de l'Université d'été francophone en santé publique de Besançon*.

Hémery, P. (2021, août 20). Les structures médico-sociales en addictologie auront des référents violences conjugales. *Hospimedia*. https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20210820-formation-les-structures-medico-sociales-en-addictologie-auront?utm_campaign=EDITION_QUOTIDIENNE&utm_medium=Email&utm_source=ExactTarget

Pages internet et sites

ARS Pays de la Loire. (2020, janvier 13). *Déploiement de la télémédecine en Pays de la Loire*. <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/deploiement-de-la-telemedecine-en-pays-de-la-loire>

ARS Pays de la Loire & GCS e-santé Pays de la Loire. (s. d.). *Panorama de la Télémédecine en Pays de la Loire*. https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-01/ARS-GCS_e_sante.pdf

- Fédération Addiction. (2019, mai 31). *Parution du guide Repère(s) : Addictions et troubles psychiatriques*. Fédération Addiction. <https://www.federationaddiction.fr/parution-guide-addictions-et-troubles-psychiatriques/>
- Fédération Addiction. (2021, juin 25). *Webinaire Numérique en santé : Quelle stratégie et quels soutiens des pouvoirs publics auprès du secteur médico-social PDS ?* Fédération Addiction. <https://www.federationaddiction.fr/agenda/numerique-en-sante-quelle-strategie-et-soutiens-des-pouvoirs-publics-aupres-du-secteur-medico-social-pds-csapa-caarud-act-lam-lhss/>
- Réseau hôpital & GHT. (2018, avril 5). *GHT, la nouvelle organisation*. [reseau-hopital-ght.fr](https://www.reseau-hopital-ght.fr/nouvelle-organisation.html). <https://www.reseau-hopital-ght.fr/nouvelle-organisation.html>
- SRAE Addictologie. (2019, mai 23). *Le Comité Scientifique et Technique*. <http://www.srae-addictologie.fr/fr/comite-scientifique-et-technique/>
- SRAE Addictologie. (2021, juillet). *A propos*. SRAE Addictologie. <https://srae.kromi.fr/a-propos/srae-addictologie/>

ROUSSEL	Chloé	23/09/2021
<p style="text-align: center;">Master 2 Santé Publique Promotion de la santé et prévention</p>		
<p style="text-align: center;">PREMIERS USAGES DE LA TELECONSULTATION EN ADDICTOLOGIE Ambition et réalité, un état des lieux régional</p>		
<p style="text-align: center;">Promotion 2020-2021</p>		
<p>Résumé : Ce mémoire dresse un état des lieux régional des usages de la téléconsultation en addictologie, dans le cadre de mon stage au sein de la Structure Régionale d'Appui et d'Expertise en Addictologie des Pays de la Loire. La téléconsultation constitue un sujet à malentendus compte tenu du décalage existant entre le cadre réglementaire, les besoins et les usages réels. En Pays de la Loire elle est encore à un stade expérimental voire reste inexistante pour certains professionnels et usagers. La téléconsultation a été l'un des leviers d'action pour faciliter l'accès aux soins en addictologie pendant la crise sanitaire. L'usage de la téléconsultation convoque des enjeux spécifiques en addictologie : des enjeux techniques et numériques et des enjeux médicaux. Ces consultations à distance permettent de faire de l'aller vers et de faciliter l'accès aux soins pour certains usagers. Les téléconsultations peuvent être un outil de réduction des risques et des dommages.</p>		
<p>Mots-clés : téléconsultation, télémédecine, télésanté, télésoin, e-santé, addictologie, addiction, usage, retour d'expérience, représentation, téléphone, repères, déploiement, développement, covid, crise sanitaire, numérique, consentement, sécurité des données, limite, intérêt, attente, enjeux, impact, pratique, recommandation, confidentialité, facturation, tarification, Pays de la Loire, professionnels, usagers, guide, accès au soin, apport, MILDECA, DGOS, DGS, GCS, ARS</p>		
<p style="text-align: center;"><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		