

Faculté de santé publique

Psychiatrie en état d'urgence sanitaire : la télépratique au service de la santé

Le recours aux outils numériques lors de la première vague de
pandémie de COVID-19 dans le secteur des addictions :
démarche exploratoire auprès de parties prenantes

Mémoire réalisé par
Chloé Cacciatore

Promoteur
Vincent Lorant

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Psychiatrie en état d'urgence sanitaire : la télépratique au service de la santé

**Le recours aux outils numériques lors de la première vague de
pandémie de COVID-19 dans le secteur des assuétudes :
démarche exploratoire auprès de parties prenantes**

Mémoire réalisé par
Chloé Cacciatore

Promoteur
Vincent Lorant

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce à la contribution de plusieurs personnes envers qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je souhaite tout d'abord remercier Monsieur Vincent Lorant, promoteur de ce mémoire pour sa supervision avisée tout au long de ce travail de recherche, sa disponibilité et ses judicieux conseils.

Je remercie Madame Hélène Garin, Monsieur Pablo Nicaise et Monsieur Pierre Smith pour l'intérêt qu'ils ont porté à ce mémoire dans le cadre des séminaires de présentation et pour leurs conseils avisés qui m'ont aidé dans mon cheminement.

Je souhaite également remercier les différentes parties prenantes de ce travail que j'ai eu la chance de pouvoir interroger. Votre exceptionnelle disponibilité et bienveillance en ces temps éprouvants de pandémie furent admirables. Vous avez pris le temps de me partager votre expérience tout en m'accordant votre confiance et je vous en suis très reconnaissante.

A mes piliers que je ne remercierai jamais assez : mes parents, mon frère et mes grands-parents qui m'ont soutenue et encouragée de manière inconditionnelle pendant ces six éprouvantes années d'études supérieures.

J'ai également une tendre pensée pour mes proches, mes amis et, plus particulièrement, ma fidèle amie de promotion, Océane Borceux avec qui j'ai partagé ces deux intenses années de master en Santé Publique.

Enfin, je tiens à remercier les lecteurs de ce travail, pour l'attention qu'ils y porteront.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table des matières

Liste des tableaux	1
Liste des abréviations.....	2
Introduction	3
Préface scientifique de la problématique en santé publique	3
Chapitre 1 : Données épidémiologiques en matière de substances psychoactives.....	5
Chapitre 2 : Les usagers de substances psychoactives face à la crise COVID-19	9
Chapitre 3 : Le recours à la télépsychiatrie, enjeux et perspectives.....	14
Chapitre 4 : Cadre législatif en matière de soins numériques et de santé mentale.....	22
Délimitation de la question de recherche	33
Objectifs de la recherche	34
Objectif principal.....	34
Objectifs spécifiques.....	34
Matériel et méthodes	35
Type d'étude	35
Méthode utilisée pour la collecte des données.....	35
Stratégie d'échantillonnage des participants	36
Critères d'inclusion	36
Critères d'exclusion.....	37
Modalités de recrutement	37
Caractérisation de l'espace et du temps de l'étude	38
Région ciblée	38
Période ciblée	38
Méthode utilisée pour l'analyse des données.....	39
Résultats	40
Description de l'échantillon.....	40
Résultats des entretiens menés auprès des deux catégories d'acteurs.....	42
Implémenter la télépratique en tant que professionnel	42
Répondre aux besoins des patients souffrant d'assuétudes.....	50
Composer avec les mesures de soutien des décideurs	57
Discussion	69
Synthèse des résultats pertinents et intégration du cadre théorique	69
Les forces de l'étude	79
Les limites et les biais de l'étude	80
Conclusion et perspectives pour la télépratique.....	81
Bibliographie.....	83

Annexes	92
Annexe 1 : Guide d’entretien dédié aux pouvoirs publics	92
Annexe 2 : Adaptation du guide d’entretien dédié aux pouvoirs publics pour certains partenaires .	94
Annexe 3 : Guide d’entretien dédié aux professionnels des centres de santé mentale	96
Annexe 4 : Arbre thématique pour l’analyse des résultats des différents entretiens.....	98

Liste des tableaux

Tableau 1 : Rétributions pour les prestations à distance sans contact physique, dans le cadre de la crise de la COVID-19 pour les médecins (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2021b).

Tableau 2 : Rétributions pour les prestations à distance sans contact physique, dans le cadre de la crise de la COVID-19 pour les psychologues et les soins de psychologie de première ligne par consultation vidéo (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2021b).

Tableau 3 : Code RID inséré sur la preuve de la prescription électronique (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2020a).

Tableau 4 : Variables descriptives de l'échantillon comprenant les membres des pouvoirs publics, leurs partenaires et les professionnels de la santé mentale.

Liste des abréviations

AFMPS : Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé.
ASARBW : Aide et Soins en Assuétudes pour le Réseau Brabant Wallon.
ASBL : Association Sans But Lucratif.
AVIQ : Agence pour une Vie de Qualité.
CAHO : Coordination Assuétudes HO.
CAPC : Concertation Assuétudes du Pays de Charleroi.
CGPD : Cellule Générale de Politique en matière de Drogues.
CLA : Coordination Luxembourg Assuétudes.
CMI : Cellules Mobiles d'Interventions.
COCOF : Commission Communautaire Française.
CRéPS : Centre de Référence en Prévention du Suicide.
CRéSaM : Centre de Référence en Santé Mentale.
CSM : Centres de Santé Mentale.
DSM-5 : 5^{ème} version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.
ETAPES : Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé.
FEDIHP : Fédération des Initiatives d'Habitations Protégées.
FEDITO : Fédération Wallonne des Institutions pour Toxicomanes.
FéWaSSM : Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale.
FWSP : Fédération Wallonne des Soins Palliatifs.
IHP : Initiatives d'Habitations Protégées.
INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.
IRSS : Institut de Recherche Santé et Société.
KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
KITZ : Kwaliteitsinstituut voor Technologie in de Thuiszorg.
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
RAF : Réseau Assuétudes des Fagnes.
RAMBO : Réseau Assuétudes Mons Borinage.
RASAC : Réseau d'Aide et de Soins en Assuétudes de la région du Centre.
RASANAM : Réseau d'Aide et de Soins en Assuétudes de la Région Namuroise.
RASSAEF : Réseau d'Aide et de Soins Spécialisés en Assuétudes de l'Est-Francophone.
RéLiA : Réseau Liégeois d'Aide et de Soins spécialisés en Assuétudes.
RGPD : Règlement Général de la Protection des Données.
SANTHEA : Fédération patronale d'institutions de soins de santé wallonnes et bruxelloises.
SPAD : Soins Psychiatriques pour personnes séjournant A Domicile.
SSM : Services de Santé Mentale.
TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale.
TIC : Technologies de l'Information et de la Communication.
UNESSA : Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes.

Introduction

Préface scientifique de la problématique en santé publique

Nous vivons depuis mars 2020 une pandémie mondiale sans pareil qui met à mal la santé mentale de la population. L'enquête « *COVID et moi* » menée par l'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) en début de confinement révélait déjà que 52% des répondants se trouvaient en situation de mal-être psychologique. Ce pourcentage grimpait à 67% lorsqu'un proche vivant sous le même toit avait contracté le virus et à 73% lorsque le répondant lui-même était atteint de la COVID-19 (Lorant et al., 2020).

Restriction de déplacements, confinement, distanciation sociale, quarantaine, suspension d'activités dans divers secteurs économiques ou encore peur de la contagion régissent notre quotidien depuis de nombreux mois, nous enfermant dans notre bulle. Au vu des problèmes psychologiques qui surgissent, de nombreux experts tirent la sonnette d'alarme sur l'absolue nécessité de prendre en considération la santé mentale de la population. Ils exhortent les gouvernements à adapter constamment, en fonction des données épidémiologiques, les mesures sanitaires visant à freiner la propagation du virus tout en trouvant un compromis entre la santé physique et la santé mentale des citoyens.

Qu'en est-il dès lors des personnes qui étaient déjà fragilisées et sujettes à des problèmes de santé mentale antérieurement à la crise et, plus spécifiquement, des patients traités pour des problèmes d'assuétudes ?

A partir de ce constat, il nous est apparu très intéressant, en ces temps où les applications de télémédecine sont tantôt décriées, tantôt encouragées, dans un monde où le virtuel occupe une place de plus en plus importante, de nous interroger sur la mise en place des téléconsultations en période de COVID-19 auprès de ce public cible, pour permettre de conserver le lien entre les professionnels de la santé et le patient et de répondre à cette nécessité d'assurer la continuité des soins.

Cet intérêt nous a amené à formuler la question de recherche suivante : « ***Comment, sur base des mesures prises par les pouvoirs publics, les professionnels en Wallonie ont-ils***

implémenté la télépratique afin de répondre aux besoins des patients souffrant d'assuétudes au cours de la première vague de COVID-19 ? »

Afin d'y répondre, nous entamerons tout d'abord notre revue de littérature par un premier volet épidémiologique dans lequel nous nous intéresserons à la notion d'assuétude, à ce qu'elle englobe, à la proportion de la population qu'elle concerne au niveau mondial, européen et belge. Nous tenterons d'y mettre en lumière les dimensions du problème et l'impact des dépendances en matière de santé publique. Dans un deuxième temps, nous soulignerons les risques particuliers liés à la COVID-19 et à la consommation de substances et nous observerons la prise en charge de ces usagers en période de première vague de pandémie. Ensuite, nous consacrerons un troisième volet à tout ce qui englobe la télépsychiatrie en lien avec la santé mentale au sens large et avec les assuétudes en particulier. Pour ce faire, nous aborderons les types de soins habituellement entrepris pour répondre aux besoins de notre public-cible et la place que peut occuper et occupe déjà la télépsychiatrie dans le processus thérapeutique. Nous ferons ensuite un état des lieux de l'emploi des télépratiqués en période de première vague de COVID-19 en Belgique ainsi qu'une analyse du feedback des patients concernés en termes de satisfaction. Enfin, nous porterons notre regard sur les politiques mises en place par les pouvoirs publics belges avant et pendant la pandémie pour développer les télépratiqués et pour soutenir le secteur des soins de santé psychiatriques en général et celui des assuétudes en particulier.

La seconde partie de ce mémoire s'attachera à une analyse exploratoire auprès des pouvoirs publics belges d'une part et auprès de professionnels de la santé d'autre part. Elle permettra de voir pourquoi, comment et dans quelle mesure l'usage de la télépratique a été soutenu par les pouvoirs publics et comment les professionnels exerçant dans les centres de santé mentale spécialisés en assuétudes en région wallonne ont adapté leur prise en charge par l'utilisation de la télépratique comme outil clinique lors de la prise en charge de leurs patients. Les mesures mises en place par les pouvoirs publics en termes de télépratique ont-elles rencontré les demandes du secteur ? Quelles ont été les difficultés rencontrées de part et d'autre ? Comment les patients concernés ont-ils été pris en charge via les téléconsultations mises en place ? En tant que mémorante de la santé publique, je m'attacherai à présenter un état des lieux de cette situation sur le terrain.

Chapitre 1 : Données épidémiologiques en matière de substances psychoactives

Avant tout, à quoi correspond l'expression : **usage d'une substance psychoactive** ? Selon l'abécédaire de la Fédération des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO), elle est employée pour : « *Décrire toutes les formes d'auto-administration d'un produit et peut aussi recouvrir tous les niveaux de consommation de substances, qu'elle soit occasionnelle ou durable* » (FEDITO Bruxelloise, 2011, p. 12).

Sur le plan mondial, l'usage de substances psychoactives est en nette augmentation. En 2009, on estimait le nombre d'usagers à 210 millions c'est-à-dire 4,8% de la population mondiale âgée entre 15 et 64 ans (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020). En 2018, ce chiffre augmente à 269 millions soit 5,3% de la population. Dans l'Union européenne, 96 millions d'adultes auraient déjà consommé des drogues illicites au cours de leur vie soit 29% de la population âgée de la même tranche d'âge (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020a). En Belgique, 23% auraient déjà consommé du cannabis et 9% ont eu recours à d'autres drogues (Gisle et al., 2019). La prévalence de l'usage de drogues est la plus élevée dans les strates sociales les plus riches mais l'apparition de troubles liés à l'usage de drogues est plus fréquente chez les consommateurs ayant un statut socio-économique inférieur (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020).

La 5^{ème} et dernière version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5) précise que ces **substances psychoactives peuvent être répertoriées** en dix classes séparées : « *L'alcool, la caféine, le cannabis, les hallucinogènes, les substances inhalées, les opiacés, les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques, les stimulants, le tabac et d'autres substances ou substances inconnues* » (American Psychiatric Association, 2015, p. 571).

La plus récente enquête de santé réalisée par Sciensano date de 2018. Celle-ci recense notamment les dernières **estimations en matière de consommations de substances psychoactives en Belgique**. Dans un premier temps, l'enquête relève que c'est en région bruxelloise que la consommation de substances toutes natures confondues est la plus répandue (Gisle, 2019).

Au sein de la population générale âgée de 15 ans et plus en Wallonie, il a été recensé que 9,8% consomment quotidiennement de **l'alcool** et que 5,2% ont une consommation considérée comme dangereuse c'est-à-dire de plus de 4 verres par jour pour les hommes et de plus de 2 verres par jour pour les femmes. Cette consommation est plus élevée chez les hommes et semble augmenter avec l'âge. En 2018, constat assez alarmant, l'usage problématique d'alcool a augmenté (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles, 2019).

Les données HIS révèlent également que, depuis 2001, la prévalence de l'usage du **cannabis** ne cesse d'augmenter chez les wallons âgés de 15 à 64 ans et ce à la fois chez les hommes et les femmes. Cette constatation est d'autant plus marquée entre 2013 et 2018. Effectivement, les données de 2018 pointent que 22% de la population générale wallonne aurait déjà consommé une fois dans sa vie et que la prévalence de l'usage régulier de cannabis, c'est-à-dire d'au minimum 20 jours consécutifs, est de 1,5% (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles, 2019). Le rapport européen sur les drogues de 2020 stipule quant à lui que le cannabis est la drogue illicite n°1 la plus expérimentée avec une prévalence cinq fois plus élevée que celle d'autres substances (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020b).

En ce qui concerne l'usage au cours d'une vie d'**autres drogues illicites** que le cannabis, l'étude HIS de 2018 émet que 6,8% des wallons, toujours de cette même tranche d'âge, sont concernés. Cependant, ce sont les 25 à 34 ans qui sont les plus affectés et les hommes sont à nouveau davantage concernés par ce type de consommation (Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles, 2019). Le dernier rapport européen sur les drogues stipule que la consommation d'héroïne et d'opioïdes est plus rare. Néanmoins, les pratiques associées sont plus à risque, notamment via le recours à des injections (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020b). Les consommateurs de substances psychoactives peuvent être confrontés à un **mode de consommation nocif** qui, de par définition, est préjudiciable à leur santé tant physique que psychique et s'accompagne souvent de conséquences sociales (Organisation Mondiale de la Santé, 1992).

Effectivement, les **problèmes de santé chroniques** sont nombreux chez les usagers de drogues (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020a). La prévalence de bronchopneumopathies chroniques obstructives et d'asthme est élevée chez les consommateurs, d'autant plus chez ceux ayant recours à de l'héroïne ou à du crack (Palmer et al., 2012). Des vasoconstrictions de vaisseaux sanguins contribuant à l'apparition d'éventuelles lésions pulmonaires peuvent également être engendrées par une consommation de méthamphétamines (Sacerdote, 2006). La dépendance au tabagisme et à la nicotine, quant à elle, est fréquente chez les usagers de drogues et peut entraîner des conséquences d'autant plus graves sur leur santé (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020a). Concernant les consommateurs de drogues par injection ou de cocaïne, une incidence considérable de maladies cardiovasculaires est recensée (Thylstrup et al., 2015) (Schwartz et al., 2010). Enfin, la prévalence d'infections au VIH, d'hépatites virales ou encore de cancers du foie est élevée chez les usagers de substances injectables ce qui a pour conséquence première d'affaiblir leur système immunitaire et de les rendre davantage vulnérables (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020a).

Les opioïdes tels que l'héroïne ont des effets considérables sur la fréquence respiratoire et peuvent mener à une overdose par un arrêt respiratoire. Le **taux de mortalité lié aux surdosages de substances en Europe** est estimé à 22,3 décès par million d'habitants étant âgés entre 15 et 64 ans, ce qui correspond à environ 8300 décès en 2018. Ce sont les hommes qui sont les plus touchés et particulièrement la tranche d'âge de 35 à 44 ans avec un taux de mortalité de 53,7 décès par million d'habitants. L'âge moyen des personnes qui sont malheureusement décédées à cause d'une consommation de substances en Europe augmente et est, en 2018, de 41,7 ans. Les décès par surdosage sont de plus en plus fréquents chez les personnes âgées de plus de 50 ans. Effectivement, entre 2012 et 2018, ce nombre a augmenté de 75% au sein de cette tranche d'âge (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020b). De plus, selon l'OMS, l'usage inapproprié d'alcool s'avère être un facteur étiologique de plus de 200 traumatismes et maladies ainsi que la cause de près de 6% de décès annuels dans le monde c'est-à-dire plus de 3 millions de personnes (World Health Organization, 2014).

Les consommateurs de drogues ayant un usage de type abusif, c'est-à-dire qualifié de :
« *Consommation qui recouvre différents usages inadéquats (usages excessifs ou à risque,*

ponctuels ou réguliers...) d'une substance psychoactive avec le risque corollaire d'entraîner des conséquences négatives pour son consommateur tant pour sa santé physique et/ou mentale que dans son insertion sociale, professionnelle, et dans ses relations affectives » (FEDITO Bruxelloise, 2011, p. 14) constituent un **public d'une grande vulnérabilité**. Cette vulnérabilité peut être dite structurelle et définie comme : « *La situation d'une personne ou d'une tranche de la population qui est désavantagée sur le plan socio-économique, politique et culturel/normatif et est donc plus exposée au risque d'effets négatifs sur la santé* » (Dong et al., 2020, p. 19). Ils sont également davantage exposés à des troubles concomitants comme des problèmes de santé mentale, de la stigmatisation, de l'itinérance, de la criminalité (Dong et al., 2020).

Les dernières données disponibles en termes de **mortalité liée aux drogues en Belgique** datent de 2013. Ces données sont basées sur le registre de la mortalité générale. 74 décès liés à une consommation de substances ont été recensés au total en Belgique au sein de la tranche d'âge de 15 à 64 ans dont 42 décès en région wallonne, 25 en région flamande et 7 à Bruxelles (Sciensano, 2013). De plus, il s'avère que les personnes qui consomment des drogues auraient un taux de morbidité trois à cinq fois plus élevé que la population générale (O'Connell, 2004). A cela s'ajoute le fait qu'en 2018, une proportion importante de patients, de l'ordre de 42,2% dans les services spécialisés et de 29,3% dans les hôpitaux, présente une polyconsommation. Celle-ci décuple ainsi les problèmes médicaux associés (Stévenot & Hogge, 2020).

Ces données épidémiologiques mettent en évidence que l'usage de substances psychoactives constitue un réel problème de santé publique affectant la santé globale du consommateur.

Chapitre 2 : Les usagers de substances psychoactives face à la crise COVID-19

La grande vulnérabilité qui touche ce public-cible étant à présent bien établie, il est à craindre que la crise sanitaire liée à la COVID-19 le fragilise encore davantage et ce, à plusieurs niveaux.

Tout d'abord, les usagers de substances psychoactives sont, en cette période, à risque d'**exacerbation de leurs problèmes de santé préexistants et de leurs comorbidités**, ce qui renforce la survenue de complications graves voire mortelles en cas d'infection à la COVID-19. (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020a). De fait, de nombreux facteurs augmentent ce risque d'infection virale chez les personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Notamment, du fait que l'achat de substances induit des interactions sociales régulières. La **vulnérabilité sociale** en termes de logement, d'alimentation et l'insécurité économique contribuent également à augmenter ce risque de contracter la COVID-19 (Melamed et al., 2020). Certains **comportements liés à la consommation de drogues** entrent également en jeu : le partage de matériel pour fumer mais aussi d'inhalation, de vapotage ou encore d'injection augmente le risque de contracter ce virus ainsi que de le faire véhiculer. D'autant plus que certains consommateurs sont bien souvent en contact étroit les uns avec les autres et se réunissent en groupe ou dans des endroits fort fréquentés où la distanciation sociale et les recommandations sanitaires sont plus difficilement respectables (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, 2020a). Pour d'autres, le confinement et le respect des mesures sanitaires les ont poussés à consommer de manière isolée ce qui **amplifie les risques de décès par surdosage** en l'absence de témoins (Hyshka et al., 2020).

Incontestablement, les usagers ont été confrontés à la fois aux **risques liés à la COVID-19 et à ceux liés à leur consommation de substances** (Stévenot, 2020). Cette crise sanitaire comporte plusieurs éléments pouvant l'influencer comme, par exemple : le confinement, l'ennui, la perte de repères temporels et de liberté, le contexte anxiogène et la peur de contracter la maladie, la sensation d'isolement et de solitude, l'inquiétude pour ses proches ou encore les retombées économiques pouvant être dramatiques (Stévenot, 2020). Ces facteurs peuvent contribuer à accroître leurs besoins et ainsi augmenter leur consommation ou bien pousser ceux étant abstinents depuis un certain temps, à consommer de nouveau. De plus, il a été établi par

le passé qu'il existe une corrélation entre les modes nocifs d'usages de drogues, les troubles liés à cet usage et les faibles revenus. Ainsi, la hausse du chômage entraînerait une augmentation de la consommation de drogues et on sait que, du fait de la pandémie, des millions de personnes ont perdu leur emploi dans le monde. (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020).

Plusieurs études abordant l'évolution de la consommation de substances psychoactives en période de crise sanitaire ont été réalisées en Belgique. Début avril 2020, une première enquête en ligne portant sur l'usage et l'offre de substances légales et illégales pendant la crise du Coronavirus a été réalisée par Sciensano. 3518 répondants résidant en Belgique, âgés d'au moins 18 ans et ayant consommé des drogues en 2020 y ont participé. Un peu plus de 70% des répondants venaient de Flandre, les trois quarts des répondants étaient des hommes et l'âge moyen de 26,7 ans. Plus de la moitié des répondants mentionnent avoir terminé leurs études secondaires et plus de 65% d'entre eux avaient un emploi. Au cours des douze derniers mois, plus de neuf personnes sur dix interrogées déclarent avoir consommé de l'alcool (94,5%) ou du cannabis (93%). Près de la moitié reconnaît avoir consommé de l'ecstasy, 45% de la cocaïne et un peu moins de 20% des amphétamines. Enfin, la consommation de crack et d'héroïne fut bien inférieure à 5%. Un peu plus de 60% des participants mentionnent avoir consommé plus d'une catégorie de substance illégale au cours de l'année écoulée. Néanmoins, cette étude aborde également le fait qu'**après le 13 mars 2020, date de début des mesures de restrictions prises par le gouvernement belge, la consommation moyenne de toutes les drogues à l'exception du cannabis a significativement diminué.** Effectivement, à partir de cette période, une diminution globale de la quantité de substances achetées sur le marché des drogues a été constatée. Les prix, quant à eux, n'ont significativement pas changé après le 13 mars. Le moyen de procurement des différentes substances est également resté inchangé, la plupart des usagers se rendant toujours chez un dealer (Sciensano, 2020).

Du 23 avril au 5 mai 2020, une enquête en ligne portant sur l'impact du confinement et de la crise sanitaire sur l'usage de drogues a aussi été réalisée par l'Association Sans But Lucratif (ASBL) Modus Vivendi en collaboration avec Eurotox et d'autres partenaires européens. 233 usagers dont l'âge moyen était de 28 ans y ont participé. Ces derniers provenaient principalement de la région Bruxelloise et en moindre mesure de la Wallonie et de

la Flandre. Les résultats démontrent également que la tendance générale en termes de consommation de substances psychoactives est à la baisse. De plus, 20% des participants déclarent vouloir profiter du confinement pour réduire leur consommation (Modus Vivendi & Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles, 2020).

Une autre enquête de Sciensano a été réalisée, entre le 27 et le 31 mars 2020 auprès d'intervenants de terrain de soixante-sept institutions de soins prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes en région wallonne et bruxelloise. Les conclusions y sont quelque peu différentes. Il est important de préciser que cette étude ciblait des usagers précarisés avec un statut socio-économique faible. Une **baisse de la disponibilité et de la qualité de certains produits** y est rapportée ainsi qu'une **augmentation de la demande et du prix des substances achetées en rue**, le confinement et des mesures associées à celui-ci ayant impacté la chaîne d'approvisionnement (Antoine et al., 2020). Cette situation peut pousser les usagers à trouver des alternatives en se tournant notamment vers des produits de substitution ou de moins bonne qualité et possiblement plus dangereux, à réduire leurs dépenses de première nécessité au péril de leur santé mais également à être confronté à des sevrages forcés et non accompagnés. Enfin, cette étude mentionne une **perturbation du marché de drogues illicites**, une majoration du recours au marché noir et un retour à la consommation d'opiacés de rue, sans doute lié à la plus grande difficulté d'accessibilité au traitement (Antoine et al., 2020).

Certains facteurs comme la disparité spatiale, le statut économique et social de l'utilisateur peuvent être des éléments explicatifs des discordances en termes de conclusion de ces études belges. Les pandémies précédentes observées dans le monde relèvent, quant à elles, une **hausse de la consommation d'alcool, de tabac et d'autres substances psychoactives aussi bien dans la population générale que parmi les personnes souffrant d'assuétudes**. Le contexte pandémique aurait, pour les personnes préalablement dépendantes, des **effets négatifs**, à savoir : une augmentation du risque d'overdose, de rechutes ou encore, comme le mentionnait également la deuxième étude belge évoquée précédemment, un risque de sevrage involontaire (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020). Pour compliquer davantage la situation, on observe une **similitude entre les symptômes de sevrage et ceux liés à la COVID-19**. Ainsi, le sevrage d'opioïdes se manifeste souvent par des symptômes pseudo grippaux (Hyshka et al., 2020).

L'étude réalisée par Sciensano auprès de 3518 répondants adultes résidant en Belgique ayant consommé de la drogue en 2020 a également recensé des données relatives à **la santé sociale et mentale des usagers** (Sciensano, 2020). Selon la majorité des répondants, ce sont les domaines du travail, de la formation, des loisirs et de la vie sociale qui sont les plus perturbés au cours de cette pandémie. 30% des usagers tous sexes confondus ont d'ailleurs déclaré se sentir peu soutenus socialement par leur réseau. La santé mentale des usagers s'est vue indéniablement affectée. Les troubles anxieux et les troubles dépressifs en cette période de crise sont, chez les consommateurs belges, respectivement de l'ordre de 18,9% et 23,9%. Les personnes avec un usage intensif de cocaïne seraient les plus affectées en termes d'anxiété et de dépression selon cette enquête en ligne de la COVID-19 sur les drogues en Belgique (Sciensano, 2020). Les personnes souffrant de dépendance à une substance sont véritablement plus à risque de présenter des problèmes de santé mentale dans un contexte pandémique (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020) et toute forme de vulnérabilité psychiatrique préexistante présente chez un usager de drogues se verra amplifiée dans un contexte de crise sanitaire tel que vécu actuellement (Melamed et al., 2020).

Assurément, comme cela a pu être mis en évidence, les usagers de drogues constituent plus que jamais en cette période de pandémie mondiale, un public particulièrement vulnérable d'un point de vue physique, psychique, social, économique et il est aussi plus enclin à contracter la COVID-19. Cette augmentation des risques cumulée à **une diminution de l'accessibilité et de la disponibilité des dispositifs d'aide et de soutien** mettent d'autant plus à mal la situation vécue par les usagers (Stévenot, 2020). En Europe, pendant la première vague de la pandémie, de nombreux services de santé ont dû diminuer l'accès à leur structure voire même stopper totalement leur activité sur ordre des autorités sanitaires (Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe & Correlation - Réseau européen de réduction des risques, 2021). En Belgique, l'enquête en ligne réalisée par Sciensano auprès d'intervenants de centres de traitement spécialisés et d'institutions en contact avec les personnes qui utilisent des drogues pointe les changements relatifs à l'offre de soins. Une limitation ou même un arrêt de l'accueil du public a été rapporté par une grande majorité des centres. En effet, les contacts à distance ont été privilégiés et ce par téléphone, e-mail, visioconférence ou encore via les réseaux sociaux. Les maraudes et les services d'échanges de seringues quant à eux, ont été adaptés, maintenus voire renforcés (Antoine et al., 2020).

Concernant les **centres de santé mentale prenant en charge des patients souffrant spécifiquement d'assuétudes**, 60% recensent une baisse de fréquentation liée au fait qu'une grande majorité des centres rapportent une réduction, voire un arrêt de l'accueil du public afin d'éviter les contacts physiques. D'autres raisons sont à pointer du côté des patients qui pensent parfois à tort que le centre est fermé, qui ont peur de la contamination ou qui ne quittent plus leur domicile pour respecter le confinement. Des permanences téléphoniques ont été mises en place, cependant, certains usagers les refusent ou ne sont pas à même d'utiliser ce mode de communication. De plus, la délivrance des prescriptions de produits de substitution a dû se faire par voie électronique adaptée et sur une période plus longue, généralement d'un mois, ce qui contribue à cette baisse de la fréquentation des centres (Antoine et al., 2020). 20% des centres estiment que la fréquentation de leur structure est restée stable. Enfin, 20% des centres qui sont venus en soutien d'autres structures fermées ont, quant à eux, noté une augmentation de leur fréquentation avec des demandes spécifiques portant sur de l'aide alimentaire, des problèmes de stress et d'anxiété et des demandes relatives à une augmentation de l'usage de substances (Antoine et al., 2020).

L'étude réalisée par Sciensano d'avril 2020 évoquée précédemment aborde également différents aspects relatifs à la prise en charge de ce public cible avant et pendant la période de confinement. Tout d'abord, 6,5% des participants mentionnaient être, avant le 13 mars 2020, en cours de traitement pour un problème de consommation de substances psychoactives. Ce constat s'est vu diminuer de manière interpellante. Effectivement, après le 13 mars, ce pourcentage ne fut plus que de 2,8% (Sciensano, 2020).

La prise en charge des patients souffrant de troubles liés à l'usage de substances psychoactives s'est ainsi complexifiée avec la survenue de la COVID-19, mettant à rude épreuve les prestataires de soins de santé (United Nations Office on Drugs and Crime, 2020). Nous clôturerons ce chapitre en soulignant l'absolue nécessité de développer tous les moyens possibles pour prendre en charge efficacement et rapidement ce public cible car, à la lecture des résultats alarmants que révèle le dernier tableau de bord de 2020 de l'Observatoire Socio-Épidémiologique Alcool-Drogues sur l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Wallonie, le combat contre les addictions semble devoir plus que jamais se poursuivre. En effet, contrairement aux données recueillies par Sciensano, le tout récent rapport d'Eurotox est beaucoup plus alarmant puisqu'il révèle que : « *Il est hautement probable que l'impact de la*

crise sanitaire sur les consommations soit désormais plus important que ce qui a pu être observé au début du confinement, à l'instar de la santé mentale dégradée. En outre, à moyen terme, on peut s'attendre à ce que l'impact direct de la crise sanitaire sur la santé mentale entraîne une augmentation significative des usages problématiques, en particulier d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes, qui sont des substances fréquemment utilisées pour atténuer la souffrance psychologique et les symptômes de nombreux troubles mentaux » (Stévenot & Hogge, 2021, p. 272).

Chapitre 3 : Le recours à la télépsychiatrie, enjeux et perspectives

Nos sociétés modernes vivent à l'ère du numérique. Les technologies de l'information et de la communication, en plein essor, impactent toutes les professions et le domaine médical ne fait pas exception à la règle. De nombreuses applications numériques au service de la santé se sont développées ces dernières décennies et les dénominations faisant référence à l'e-santé foisonnent : télémédecine, télépsychiatrie, télépratique, téléthérapie, téléconsultation, etc. Selon l'OMS, les **téléconsultations** font partie « *d'un ensemble de soins virtuels utilisant les technologies de l'information et de la communication (TIC) en soutien au domaine de la santé* » (World Health Organization, 2019, p. 1). Elles sont identifiées selon deux types : **synchrone** lorsque les échanges sont directs et instantanés et **asynchrone** si l'interaction se déroule en différé. Les téléconsultations peuvent être implémentées pour poser un diagnostic, débiter un traitement, effectuer un suivi, offrir du soutien et de l'aide au patient ou encore lui transmettre des informations sur sa santé (Bakhai et al., 2020) (Haute Autorité De Santé, 2019) (Collège des médecins du Québec, 2015).

A l'origine, les premiers programmes de télémédecine ont vu le jour dans les années 60 aux USA. D'abord initiés par l'*US Army*, ils ont progressivement connu un déploiement auprès du grand public, principalement pour **pallier la pénurie des professionnels de santé et répondre à la demande de soins des populations localisées sur des territoires isolés** (S. Morel, 2018). L'Australie et le Canada, concernés par ces mêmes préoccupations, ont suivi le mouvement. Au Québec, par exemple, de nombreux projets de télésanté ont été menés à partir des années 1990, si bien que, dès 2005, ce mode de prestation de soins à distance y a été reconnu et encadré par le ministère de la santé et des services sociaux (Commission de l'éthique en science et en technologie, 2014).

En plus de répondre au manque de spécialistes dans les régions mal desservies, les télépratiques dans le secteur des soins de santé présentent une **série d'avantages**. Elles apportent une **solution en termes de problèmes de mobilité des patients**, permettent de **réduire le coût éventuel** et le **temps liés à leur déplacement** (Adjorlolo & Chan, 2015). Elles peuvent s'appliquer à divers professionnels et s'adresser à de nombreuses populations : enfants, adolescents, adultes et personnes âgées (Hilty et al., 2013). Bien que certaines études stipulent que **les alternatives numériques devraient être des méthodes complémentaires** d'application lorsque le contact avec le patient est difficile sans remplacer complètement le contact en personne (Van Daele et al., 2020), d'autres études arrivent à la conclusion que **les consultations à distance par vidéo permettent d'obtenir des résultats cliniques similaires à la psychothérapie classique en face à face** (Backhaus et al., 2012).

De nombreux professionnels de la santé mentale ont ainsi recours aux technologies de l'information pour communiquer avec leurs patients via le téléphone, les e-mails, des forums, des services de messagerie ou des plateformes virtuelles spécifiques. Les avancées technologiques, en ce compris la vidéoconférence, offrent une alternative en termes de prise en charge et **améliorent l'accessibilité aux soins en santé mentale**. Une **moindre stigmatisation** du fait que la prise en charge se déroule dans l'environnement personnel du patient est aussi soulignée (De Witte et al., 2020).

La littérature médicale très abondante sur le sujet met en évidence que le recours aux outils numériques, que ce soit par l'emploi du téléphone ou par des technologies audiovisuelles, **convient particulièrement bien au secteur psychiatrique**. La télépsychiatrie offrirait des résultats équivalents aux traitements en face à face pour divers troubles tels que : l'anxiété, la dépression, les troubles alimentaires, les troubles obsessionnels compulsifs, le stress post-traumatique et les assuétudes (Backhaus et al., 2012) (Hilty et al., 2013) (Machado et al., 2016) (Rees & MacLaine, 2015).

Une revue systématique récente, datant de 2019, affiche ainsi des **résultats prometteurs pour le traitement de l'anxiété et des troubles de l'humeur via la psychothérapie par vidéoconférence** (Berryhill et al., 2019). En 2018, Carlbring et coll déclarait par ailleurs, que la Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC) par internet était tout aussi profitable que la thérapie conventionnelle (Van Daele et al., 2020).

Qu'en est-il, dans ce cadre, des prestations de soins à distance pour les troubles spécifiques aux assuétudes ? La littérature scientifique relève que les interventions numériques seraient particulièrement efficaces pour **réduire la consommation d'alcool chez les adultes** et les inciter à une consommation à faible risque (Riper et al., 2014). C'est également le cas chez les **usagers de drogues** (Lin et al., 2019) (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020). En addictologie, les modalités de soins reposent sur **l'intervention médicale** d'une part et sur **l'intervention psychosociale** d'autre part. L'intervention médicale consiste, notamment, à prescrire des traitements de substitution, comme la méthadone ou la buprénorphine pour traiter les dépendances aux opioïdes, avec comme objectif de conduire à une réduction des risques, viser un sevrage à moyen terme ou une maintenance à très long terme. Le succès de ces traitements médicaux pour traiter les dépendances dépend également en grande partie de la qualité de l'intervention psychothérapeutique et sociale (Morel et al., 2010). Dans le traitement des addictions, un domaine de soins où il y a un besoin spécifique de suivi et de soutien, la psychothérapie se concentre sur la discussion, la communication avec le patient. La télépsychiatrie est en ce sens un outil extrêmement approprié (Guaiana et al., 2021). A cela s'ajoute le fait que les **thérapies comportementales et cognitives s'inscrivent parfaitement dans la prise en charge des conduites addictives**. Elles ont confirmé leur efficacité en matière d'aide au sevrage et à la réduction de la consommation et montrent depuis plusieurs années des progrès significatifs dans le traitement des assuétudes (Graziani & Romo, 2013). Or, il s'avère que **les télépratiques sont parfaitement adaptées aux thérapies cognitivo-comportementales et de plus en plus répandues** (Bureau régional de l'Europe, 2017).

A la lumière de ces observations, il est légitime de se demander pour quelles raisons la télépsychiatrie reste encore si peu répandue en Europe alors que des initiatives numériques en santé mentale existent depuis plus d'une vingtaine d'années. Certains **obstacles** ont empêché sa globalisation dans la pratique quotidienne (Vis et al., 2018) (Tuerk et al., 2018). Un des principaux freins à ce développement semble tout d'abord résider dans le **manque d'acceptation de la part des professionnels soignants**, redoutant que la télésanté mette à mal l'alliance thérapeutique (Topooco et al., 2017) et ce, malgré le fait que les données probantes démontrent le contraire (Berger, 2017). Culturellement dans notre pays, la tradition clinique veut que le professionnel de la santé soit au contact du patient. Un des **points faibles de la**

télépsychiatrie semble se situer au niveau communicationnel et plus précisément à l'égard du langage non verbal. Le développement d'outils virtuels plus performants et adaptés tend à réduire cet inconvénient pour améliorer la qualité de la relation humaine. Il est intéressant de souligner que, **selon le point de vue du patient, l'alliance thérapeutique en psychologie est jugée équivalente en face à face ou en vidéoconférence** (Simpson & Reid, 2014).

On note également une relative réticence de la part des praticiens à avoir recours aux soins numériques et aux vidéoconsultations car l'introduction et l'utilisation de cette technologie risquent, selon eux, **d'accroître leur charge de travail.** D'autres obstacles reposent sur le **manque de connaissances en santé mentale électronique, le manque d'information et de formation et le manque de moyens financiers et techniques à disposition** (Mistiaen et al., 2020). A ces préoccupations s'ajoutent des **craintes d'ordre éthique.** Parmi les points clés visant de bonnes pratiques de soin, la confidentialité et le consentement doivent être assurés (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013).

Un rapport de synthèse portant sur le recours aux vidéoconsultations dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques a été réalisé par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) en période de pandémie en 2020. Celui-ci a également recensé des **éléments facilitateurs de l'implémentation de la télépratique**: une technologie performante, les aptitudes informatiques, une expérience positive ainsi qu'un plan clair et bien conçu pour l'introduction de la vidéoconsultation. Par ailleurs, ce même rapport souligne aussi **des obstacles à l'implémentation**, liés aux **ressources et aux capacités du patient** à utiliser les technologies de l'information et de la communication, **aux professionnels** qui ne peuvent réaliser certains actes médicaux qu'en face à face, **à la technologie** qui nécessite un minimum de matériel et une couverture internet suffisante et **au système de santé** qui doit, entre autres, prévoir le remboursement des prestations (Mistiaen et al., 2020). Ce dernier point fera l'objet d'une analyse au cours du prochain chapitre axé sur le cadre législatif et l'instauration de mesures facilitatrices pour le déploiement des télépratiques en Belgique.

La mise en place de ces nouvelles pratiques est donc très complexe et son adhésion prend indéniablement du temps, on considère d'ailleurs qu'une innovation en matière de santé prend en moyenne seize ans pour être implémentée sur le terrain (Rogers et al., 2017).

Nonobstant tous ces obstacles à l'égard de la mise en place des outils numériques, le contexte particulier induit par la pandémie de la COVID-19 a indéniablement bousculé les pratiques de soins et pose de nombreux défis. Un réel besoin d'interventions numériques a vu le jour en quelques semaines seulement (De Witte et al., 2020). **Cette période pandémique a levé bon nombre de réticences, accéléré le développement et la mise en place d'innovations technologiques, déclarant ainsi le début d'un potentiel tournant pour l'e-santé mentale.** La téléthérapie peut s'avérer particulièrement utile pour ceux qui sont déjà en cours de traitement mais également pour la population générale, encline à présenter des problèmes de santé mentale au vu de la situation sociale et sanitaire que nous subissons depuis des mois (Van Daele et al., 2020). En ce qui concerne spécifiquement les consommateurs de substances psychoactives, les réunions de soutien en ligne s'organisent et peuvent très bien contribuer à aider et accompagner les adhérents, **diminuant ainsi le risque d'exacerbation de leurs symptômes ainsi que le risque de contracter le Coronavirus.** L'efficacité des téléconsultations en cette période pandémique pour les usagers fait l'objet de toutes les attentions dans la littérature scientifique (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020).

Les télépratiques peuvent permettre de **répondre efficacement aux besoins** des personnes ayant des problèmes de dépendance et de ceux en situation d'itinérance pendant la pandémie. Les évaluations téléphoniques et **les interventions précoces à distance sont d'ailleurs fortement recommandées par les autorités de santé**, du moins pour les personnes ayant accès aux moyens technologiques et étant disposées à les utiliser, ce qui, bien entendu, ne s'avère pas toujours être le cas (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2020). Il est clair que les prises en charge en ligne améliorent en effet **l'accessibilité** des services de soins de santé mentale, tentent d'assurer la **continuité** de l'offre de soins et enfin, **d'atténuer l'ampleur de ce fardeau de santé publique** (Bergman et al., 2021) (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2021).

Une étude internationale portant sur **les consultations en ligne dans le domaine des soins de santé mentale pendant l'éclosion de la COVID-19** a été réalisée en mars 2020 (De Witte et al., 2020). Celle-ci a permis de donner un aperçu des besoins et des préoccupations des soignants en santé mentale vis-à-vis de ce mode de prise en charge innovant. 2.082 soignants ont été interrogés dont 250 belges. En effet, ceux-ci exerçaient dans différents pays : Autriche, Belgique, Chypre, France, Allemagne, Italie, Liban, Lituanie, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Espagne et Suède. Une **importante et rapide participation** des professionnels aux consultations en ligne dès le début de la première vague a été rapportée dans les résultats de cette étude. Des **expériences positives** ont été partagées par la plupart des professionnels de la santé. Cette enquête en ligne a également révélé que les praticiens belges étaient **assez craintifs** par rapport à ce mode de prestation. Cette anxiété serait principalement liée à la crainte de perdre leur vie privée ou encore, dans une moindre mesure, du fait que certains praticiens se sentent mal à l'aise d'entreprendre ce type de consultations. Un **manque voire une absence de formation préalable** sur l'organisation de consultations en ligne a aussi été pointé du doigt. Malgré le fait que des données probantes démontrant la pertinence de cette méthode soient publiées (Kaiser et al., 2021), les professionnels de la santé semblent tout de même se **questionner sur la performance et l'utilité des consultations en ligne** dans certains cas de figure. Notamment en ce qui concerne les aspects relationnels, le travail sur les comportements et le non-verbal, la réalisation de certaines interventions et évaluations ou encore quant à la pertinence de réaliser des consultations en ligne avec certaines populations. Des **préoccupations pratiques** portant sur la confidentialité des données, sur la sécurité des logiciels, sur les problèmes d'ordre technique ou encore sur l'impossibilité pour certains patients de se rendre dans un espace calme et adapté ont également été recensées. Enfin, cette étude relate que pour certains groupes diagnostiques et ce compris les personnes atteintes d'une maladie mentale grave, recourir à ce mode de prestation **permet d'atteindre des résultats cliniques similaires** par rapport au traitement conventionnel. Cela confirme les dires d'autres études évoquées précédemment. Par contre, des considérations et des soins supplémentaires devront être entrepris auprès des personnes à risque élevé de suicide (De Witte et al., 2020).

Il est également très intéressant dans cette démarche de **prendre en compte le point de vue des patients qui ont eu recours à des consultations à distance en période de confinement en Belgique**. En juillet 2020, une étude belge a ainsi été entreprise par l'ensemble

des organismes assureurs en collaboration avec Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) et ciblait leurs affiliés. Un échantillon de 100 000 personnes ayant eu au moins une téléconsultation au cours de la période de mars à mai 2020 a été délimité. Après l'application de filtres, 5.404 questionnaires complétés ont été retenus dans le cadre de l'étude (Avalosse et al., 2020). Cette étude ne cible pas particulièrement les patients souffrant d'assuétudes mais elle apporte néanmoins des éléments très pertinents à relever dans le cadre de ce sujet de mémoire.

Tout d'abord, au sein de cet échantillon, la plupart des téléconsultations ayant été entreprises pendant cette période ont été réalisées auprès d'un **prestataire de soins habituel** du patient. Quatre types de prestataires furent ciblés dans le cadre de cette étude : les médecins généralistes, les spécialistes, les psychiatres et enfin, les psychologues. En ce qui concerne les prises en charge à distance auprès d'un **nouveau dispensateur de soins**, il s'agissait dans 20% des cas d'une consultation avec un psychologue et dans 14% des cas d'une consultation avec un médecin spécialiste. Plus de 75% des prises en charge à distance réalisées auprès d'un médecin spécialiste, d'un psychiatre ou encore d'un psychologue ont remplacé une consultation physique qui était préalablement planifiée avec le patient. La **raison principale de la consultation à distance** fut le suivi d'une maladie chronique ou d'une maladie existante préalablement et ce aussi bien chez les psychiatres (80%), les psychologues (72%) que les médecins spécialistes (67%) (Avalosse et al., 2020).

Concernant les **modalités de téléconsultations**, 5% seulement ont été effectuées par appel vidéo contre 95% par téléphone portable. C'est auprès des psychologues et des psychiatres que les consultations par vidéoconférence ont été les plus fréquentes et ce de respectivement 62% et 33%, celles-ci s'étant principalement déroulées via WhatsApp, Zoom ou Skype (Avalosse et al., 2020).

La **durée de la consultation** à distance est variable. Celle-ci serait plus longue dans trois cas de figure : lorsque le patient est une femme, lorsque l'initiative vient du prestataire de soins et enfin lors d'une consultation par vidéo. Celle-ci serait plus courte lorsque le patient est une personne âgée ou lorsque l'objet de la consultation porte sur l'obtention d'un certificat ou encore d'une prescription médicale. Il a également été relevé qu'en cette période de

confinement, les premières consultations pour de nouvelles plaintes sont relativement courtes. Plus précisément, 64% des téléconsultations auprès d'un médecin spécialiste ont duré moins de dix minutes. Cependant, pour les psychiatres et les psychologues, 77% des consultations ont duré plus d'une demi-heure (Avalosse et al., 2020).

Cette étude questionne également les répondants quant aux **aspects technologiques, au respect de la vie privée ou encore vis-à-vis des modalités de financement des téléconsultations**. Premièrement, 56% des patients estiment qu'il est essentiel de pouvoir faire appel à une cellule de soutien technique en cas de besoin lors des vidéoconférences. Toutefois, un peu plus de la moitié se disent être capable de lancer une consultation à distance par eux-mêmes. Deuxièmement, 75% des répondants prétendent ne pas s'inquiéter pour leur vie privée. Pour ceux que cela préoccupe, 54% redoutent que leurs données médicales ne soient pas suffisamment sécurisées. Néanmoins, près de 70% des personnes expriment qu'elles se sentent autant en sécurité dans le cadre d'une prise en charge en distanciel qu'en présentiel. Troisièmement, plus de 60% des participants de cette étude mentionnent ne pas être au courant des modalités de paiement du prestataire de soins. 6% affirment avoir dû payer une quote-part. Enfin, un répondant sur trois trouve qu'il est normal que le prestataire de soins soit payé de manière identique pour une consultation à distance que pour une consultation physique (Avalosse et al., 2020).

Qu'en est-il de la **satisfaction des patients** ayant eu recours à des consultations à distance ? 77% déclarent être satisfaits voire très satisfaits. 11,5% relatent un niveau de satisfaction neutre. 8% disent être peu satisfaits et enfin 4% expriment une insatisfaction totale vis-à-vis de ce mode de prise en charge. Différents **éléments sources de satisfaction** ou non ont été évalués. L'indicateur le plus apprécié, tout prestataire de soins confondu, fut le fait que le dispensateur de soins ait pris le temps nécessaire pour assurer le suivi du patient selon ce mode de fonctionnement. En deuxième lieu vient la fluidité de la communication et enfin, en troisième position, le fait de s'être senti entendu et d'avoir obtenu l'aide attendue (Avalosse et al., 2020).

Enfin, si on aborde le **futur pour les consultations à distance**, cette même étude a demandé aux participants s'ils envisageaient à l'avenir de poursuivre une prise en charge sous

cette modalité distancielle. Selon 70% des répondants, une consultation physique reste la solution la plus appropriée. De plus, 62% estiment que les téléconsultations devraient rester de l'ordre de l'exceptionnel. Néanmoins, dans certains cas de figure, les consultations à distance restent souhaitées : pour la délivrance de nouvelles prescriptions médicamenteuses (86%), pour promouvoir un contact facile et sécurisé avec le prestataire de soins (74%), pour assurer le suivi d'un problème de santé déjà diagnostiqué (74%) ou encore pour gagner du temps (67%) (Avalosse et al., 2020).

On a, à ce stade, très envie de se poser la question du **déploiement de la télépratique post COVID**. Il est cependant difficile de répondre à cette question en l'état actuel des choses mais il est clair que la crise sanitaire a apporté de nouvelles perspectives en termes d'offre de soins : *« La psychiatrie a toujours été un chef de file dans toutes les disciplines médicales dans l'utilisation des technologies pour délivrer des services et, pour l'instant, la télépsychiatrie est la forme dominante de traitement psychiatrique. Lorsque la pandémie prendra fin, la psychiatrie et la télépsychiatrie seront transformées »* (Shore et al., 2020, p. 1-2). Il y aura, incontestablement, un avant, un pendant et un après COVID-19.

Chapitre 4 : Cadre législatif en matière de soins numériques et de santé mentale

Le chapitre précédent a permis de nous rendre compte que la télépsychiatrie peut participer à l'amélioration de l'ensemble du système de soins en santé mentale et qu'elle a également sa place dans le traitement des assuétudes mais son évaluation ainsi que son déploiement sont très complexes et sources de nombreux enjeux. **Un si grand virage technologique ne peut s'envisager sans un encadrement légal**. C'est sous l'impulsion des pouvoirs publics et sur base d'un cadre législatif adapté que les soins numériques pourront se développer dans chaque pays.

Qu'en est-il du cadre légiférant le recours à la télépratique dans le domaine de la santé dans notre pays ? Contrairement à la France et aux Pays-Bas, **la Belgique ne disposait pas encore, avant l'introduction des mesures temporaires liées à la COVID-19 en mars 2020, d'un cadre légal reconnaissant la télémédecine** (Mistiaen et al., 2020).

En France, la télémédecine a d'abord été introduite dans la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires le 21 juillet 2009. Ensuite, la définition et les conditions d'implémentation de cette nouvelle pratique de soins se sont vues légalisées le 19 octobre 2010 dans un décret spécifique. Plusieurs projets pilotes ont vu le jour à l'échelon local dès 2014 puis national en 2018 grâce à un programme spécifique d'Expérimentation de Télémédecine pour l'Amélioration des Parcours En Santé (ETAPES) financé par le gouvernement français. Depuis 2018, la vidéoconsultation est rémunérée et remboursée par l'assurance maladie et ce au même tarif qu'une consultation traditionnelle. Tous les patients assurés peuvent bénéficier d'une consultation à distance et tous les médecins peuvent y avoir recours peu importe leur spécialité pour autant que plusieurs conditions soient respectées comme par exemple, le fait que le patient soit connu du médecin c'est-à-dire qu'une consultation en face à face ait eu lieu l'année précédant la vidéoconsultation ou encore que le prestataire juge ce type de modalité opportune au vu de la situation du patient (Mistiaen et al., 2020).

Aux Pays bas, c'est en 1990 que le *Kwaliteitsinstituut voor Technologie in de Thuiszorg* (KITZ) a développé les premiers projets impliquant la technologie numérique pour les patients et les aidants proches. **Le gouvernement néerlandais soutient depuis très longtemps la télémédecine tant sur le plan politique et législatif que financier.** Comme en France, les vidéoconsultations y sont autorisées sous certaines conditions, pour tous types de patients et de prestataires de soins hormis pour les soins spécialisés dans les hôpitaux et les soins à domicile. Elles sont également remboursées par les assureurs au même tarif qu'une consultation classique. Les plateformes, initiatives et outils portant sur la vidéoconsultation sont nombreux aux Pays-Bas. Cependant, le recours à la télémédecine restait relativement faible avant le contexte de la pandémie. Par conséquent, le ministère de la santé publique, du bien-être et des sports a introduit plusieurs incitants financiers visant à stimuler et à accélérer l'échange d'informations entre les professionnels et les patients et ce notamment dans les domaines de la santé mentale et des soins de longue durée dans les hôpitaux et les centres de traitement indépendants. Effectivement, un budget de plus de 400 millions a été dégagé en ce sens pour la période de 2017 à 2022 (Mistiaen et al., 2020).

En Belgique, par contre, aucune législation spécifique ne définissait ni n'organisait le recours aux soins numériques. Néanmoins, **le Conseil national de l'Ordre des médecins a**

formulé plusieurs avis ces dix dernières années sur l'e-santé et par rapport aux téléconsultations. Une certaine réticence en ce qui concerne la confidentialité et la sécurité des données du patient via des outils informatisés est constatée. Les téléconsultations se justifieraient uniquement si elles sont bénéfiques pour le bien-être du patient et de sa prise en charge. Ce Conseil national déclarait d'ailleurs en 2019 que : *« Poser un diagnostic sans contact physique avec le patient est dangereux. Les consultations virtuelles dans le cadre du suivi d'un patient connu ne peuvent être utiles que dans des cas exceptionnels. En Belgique où l'accès aux soins de santé est très aisé, une consultation virtuelle, si elle apparaît facile d'utilisation, n'a pas la précision d'une consultation réelle sur le plan de la sécurité du patient, de la pose du diagnostic et de la délivrance de médicaments »* (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2017, paragr. 3). Toutefois, le Conseil national reconnaît que les vidéoconsultations constituent un moyen d'exercer la médecine au même titre qu'une consultation en face à face (Conseil national de l'Ordre des médecins, 2017).

Un rapport du KCE portant sur l'organisation des soins de santé mentale pour adultes en Belgique datant de 2019 a tout de même mentionné qu'en Flandre, le développement d'une politique et d'un cadre de financement pour les soins de santé mentale en ligne est en cours d'élaboration. Les autorités flamandes financeraient déjà certains sites internet certifiés employés par des structures ambulatoires. En Belgique francophone, la Commission Communautaire Française (COCOF) et la région wallonne financent également certaines initiatives d'aide en ligne reconnues telles que la plateforme aide-alcool.be pour les personnes dépendantes à l'alcool (Mistiaen et al., 2019).

En 2019, l'**INAMI** a, quant à lui, réalisé un atelier avec plusieurs stakeholders où les **aspects juridiques et les modalités de remboursement** de ce type de prise en charge ont été abordés. Cet événement a mené à la rédaction d'un rapport par un bureau d'avocats qui constata l'absence de définition légale de la téléconsultation et en proposa une mais surtout, mit en avant que les législations en matière de responsabilité contractuelle, de responsabilité générale et de responsabilité du fait des produits étaient tout à fait suffisantes et qu'un cadre législatif complémentaire spécifique aux téléconsultations n'était pas nécessaire. Avant la crise du Coronavirus, **il n'existait pas non plus de modalités de remboursement par l'assurance maladie.** De fait, la nomenclature INAMI exigeait la présence physique du patient à la consultation et le prestataire de soins n'avait donc pas la possibilité de facturer des

vidéoconsultations. **La Belgique ne disposait pas non plus de législation spécifique concernant la confidentialité et la sécurisation des données relatives à la vie privée au cours des vidéoconférences.** Effectivement, ces prises en charge numériques étaient soumises au règlement général de la protection des données (RGPD) ou bien à la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractères personnels (Mistiaen et al., 2020).

La COVID-19 a indéniablement eu un effet accélérateur sur l'implémentation de pratiques de soins ayant recours aux technologies de l'information et de la communication. Suite aux multiples recommandations visant à limiter les contacts physiques à risque de contamination, le gouvernement fédéral belge a divulgué le 18 mars 2020, un arrêté royal afin que tous les médecins puissent dispenser de conseils téléphoniques à leurs patients, l'objectif étant **d'assurer le triage téléphonique des patients** potentiellement contaminés par la COVID-19 mais aussi de **garantir la continuité des soins**, notamment pour ceux souffrant de maladies chroniques. Ensuite, visant une approche plus globale, cette mesure **s'est élargie aux vidéoconsultations et à de nombreux professionnels de la santé** tels que les psychiatres et les psychologues (Service Public Fédéral Sécurité Sociale, 2020). Cet arrêté précise également les modalités exceptionnelles relatives à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités relatant la nouvelle nomenclature spécifique pour les consultations à distance à suivre, les montants de l'intervention personnelle des bénéficiaires et précisant l'interdiction de suppléments d'honoraires. Effectivement, **l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité a pris des mesures exceptionnelles** permettant à chaque type de prestataires de dispenser des soins sans contact physique, de facturer ces prestations à l'assurance soins de santé et enfin que chaque patient puisse bénéficier d'une intervention financière de leur part (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2020b). Une **circulaire spécifique vis-à-vis des tarifs de ces prestations temporaires** dans le contexte de la COVID-19 a vu le jour par la suite (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2021b). Celle-ci fut applicable à partir du 14 mars 2020. Pour exemple, les trois tableaux ci-dessous, issus de la circulaire en question, illustrent les rétributions des médecins, des psychologues et des soins de psychologie de première ligne par vidéoconsultations.

1. Rétributions pour les prestations à distance sans contact physique, dans le cadre de la crise du COVID-19									
Numéro de code			Libellé				Honoraires	Intervention	
								Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
1.a) applicables à partir du 14-03-2020									
Médecins									
101990		N	10	2,000000	Avis en vue du triage COVID-19		20,00	20,00	20,00
101135		N	10	2,000000	Avis en vue de la continuité des soins		20,00	20,00	20,00
101835		N	10	2,000000	Avis en vue du triage COVID-19 pendant le service de garde organisé de médecins généralistes		20,00	20,00	20,00
101872		N	10	2,000000	Avis en vue de l'orientation urgente éventuelle d'un patient vers une équipe mobile 2a ou le service d'urgences psychiatriques		20,00	20,00	20,00
101894		N	22,50	2,000000	Séance d'une durée de 30 minutes minimum, sans présence physique, en vue d'un diagnostic psychiatrique ou d'un traitement psychothérapeutique		45,00	45,00	45,00
101916		N	35	2,000000	Séance d'une durée de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue de la poursuite d'un traitement psychothérapeutique débuté avant les mesures gouvernementales		70,00	70,00	70,00
101931		N	48	2,000000	Séance d'une durée de 60 minutes minimum en vue d'une thérapie de médiation d'un enfant ou adolescent de moins de 18 ans avec la participation d'un ou plusieurs adultes assurant l'éducation et l'encadrement quotidien, sans présence physique		96,00	96,00	96,00
101953		N	26	2,000000	Concertation, sans présence physique, entre le médecin et le psychologue ou l'orthopédagogue, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans		52,00	52,00	52,00
101975		N	100	2,000000	Séance d'une durée de 120 minutes minimum en vue d'une évaluation psychiatrique approfondie et individuelle d'enfant ou d'adolescent de moins de 18 ans, sans présence physique, sur prescription du médecin traitant, avec rédaction du dossier et du rapport		200,00	200,00	200,00
101791		N	25	2,000000	Séance d'une durée de 45 minutes minimum, sans présence physique, en vue d'assurer le suivi d'enfants, d'adolescents ou de jeunes adultes de moins de 23 ans présentant des troubles neurodéveloppementaux (trouble du spectre de l'autisme, trouble déficitaire de l'attention / hyperactivité, déficience intellectuelle) associés à des troubles graves du comportement		50,00	50,00	50,00

Tableau 5: Rétributions pour les prestations à distance sans contact physique, dans le cadre de la crise de la COVID-19 pour les médecins (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2021b).

Numéro de code		Libellé			Honoraires	Intervention	
						Bénéficiaires avec régime préférentiel	Bénéficiaires sans régime préférentiel
Psychologues							
788970				Séance TCC par communication vidéo - ambulant	52,20	52,20	50,36 (**)
	788981			Séance TCC par communication vidéo - hospitalisé	52,20	52,20	52,20 (***)
(*) Pour les bénéficiaires sans régime préférentiel, le montant total de 52,20 euros est facturé sous le code 788970.							
En application de l'AR du 29/04/1996, un ticket modérateur de 1,84 euro (montant en négatif) est facturé sous le code 765973.							
(**) Il n'y a pas de ticket modérateur, le patient hospitalisé est déjà redevable d'un ticket modérateur en application de l'AR du 05/03/1997							
Soins de psychologie de première ligne - Par consultation vidéo							
789950				Séance de psychologie de 60 minutes pour les bénéficiaires de 18-64 ans	61,79	57,79	50,59
791291				Séance de psychologie de 45 minutes pour un bénéficiaire souffrant principalement d'un problème anxieux pour les bénéficiaires de 18-64 ans	46,34	42,34	35,14 (***)
791313				Séance de psychologie de 45 minutes pour un bénéficiaire souffrant principalement d'un problème dépressif pour les bénéficiaires de 18-64 ans	46,34	42,34	35,14 (***)
791335				Séance de psychologie de 45 minutes pour un bénéficiaire souffrant principalement d'un problème de consommation d'alcool pour les bénéficiaires de 18-64 ans	46,34	42,34	35,14 (***)
(***) Pour les séances de communication par vidéo de 45 minutes réalisées du 14-3-2020 jusqu'au 14-5-2020 inclus, il est possible d'utiliser soit les pseudocodes par type de problème, soit le pseudocode 789972							

Tableau 6 : Rétributions pour les prestations à distance sans contact physique, dans le cadre de la crise de la COVID-19 pour les psychologues et les soins de psychologie de première ligne par consultation vidéo (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2021b).

Les modalités de délivrance des prescriptions médicamenteuses ont également été bouleversées par l'implémentation des téléconsultations en Belgique. Reprécisons tout d'abord le contexte : depuis le 1^{er} janvier 2020, les professionnels de la santé pouvant prescrire sont obligés de le faire de façon électronique sauf pour les situations exceptionnelles. Toutefois, la prescription électronique se devait d'être imprimée sur papier et transmise au patient. **Vu le contexte sanitaire, comment le prestataire de soins fournit-il l'ordonnance à son patient?** Le Conseil national renvoie aux recommandations de l'INAMI visant à limiter la propagation du Coronavirus et portant sur la possibilité de transmettre au patient uniquement le **code RID** de la prescription électronique suite à une téléconsultation au lieu de la preuve sur papier. Ce code est un code-barres généré automatiquement comprenant des chiffres et des lettres et constitue le numéro unique de la prescription de médicaments. Celui-ci doit être transmis au

pharmacien qui pourra ensuite délivrer le médicament et archiver la prescription électronique (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2020a). **Pour les patients souffrant d'assuétudes, cette procédure est également suivie par les médecins prescripteurs**, par exemple pour les ordonnances de méthadone. Ces mesures sont temporaires pendant la durée de la crise sanitaire, cependant, **dès le 15 septembre 2021, la prescription électronique se verra dématérialisée** c'est-à-dire qu'elle sera totalement numérisée. Avec l'accord du patient, la prescription électronique ne sera plus imprimée mais envoyée directement au pharmacien qui sera capable de lire et d'exécuter l'ordonnance via son logiciel (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2021c).

RID	
PREUVE DE PRESCRIPTION ELECTRONIQUE	
Veuillez présenter ce document à votre pharmacien pour scanner le code-barres et vous délivrer les médicaments prescrits.	
Prescripteur: Nom Prénom Nr INAMI :	
Bénéficiaire: Nom Prénom NISS :	
Contenu de la prescription électronique	
1	Nom médicament emballage Posologie et durée
2	...
3	
4	
5	
Attention : Aucun ajout manuscrit à ce document ne sera pris en compte.	
Date: xx.xx.xxxx	
Exécutable à partir du: yy.yy.yyyy	

Tableau 7: Code RID inséré sur la preuve de la prescription électronique (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2020a).

Comment implémenter au mieux ces innovations technologiques dans les pratiques de soins ? L'INAMI a tenté de répondre à cette question en établissant **plusieurs principes de base à respecter** en tant que dispensateur de soins quand on a recours à des prestations à distance. Tout d'abord, le besoin absolu du consentement éclairé du patient qui doit également être capable physiquement et intellectuellement d'utiliser un ordinateur. De plus, la consultation par vidéo doit être effectuée via un outil sécurisé de sorte que la communication soit cryptée de

bout en bout. L'objectif de ce type de consultation est de garantir la continuité de soins sauf pour les interventions en urgence. Le nombre de séances par prestataire doit être limité et la durée de la prestation doit être raisonnable. Enfin, il est obligatoire que les tarifs soient fixes et que le tiers payant soit possible ou prévu de manière obligatoire (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2020b).

Comment assurer la protection des données ? L'Autorité belge de Protection des Données a émis un avis au sujet de la confidentialité, de la sécurisation et du traitement des données de santé des patients via les outils numériques nouvellement introduits sur le marché en ces temps de pandémie. **Trois principes primordiaux en la matière ressortent :**

- promouvoir au maximum l'utilisation de **données anonymes** quand cela s'avère possible,
- traiter les données relatives au patient dans le **but unique de garantir la qualité et la continuité des soins** en l'informant préalablement,
- si les deux points précédents ne sont pas applicables, **les mesures de précautions d'usage et les conditions de consentement éclairé du RGPD** seront de vigueur (Autorité belge de protection des données, 2020).

Face au développement d'une multitude d'applications et de plateformes dédiées aux prestations à distance, une ***Task Force Data & Technology against Corona*** composée de représentants des ministres de la Santé Publique, de l'Agenda numérique et Protection de la vie privée, du SPF Santé Publique, de Sciensano, de la plateforme *eHealth* et enfin du président de l'Autorité de Protection des Données belge a également vu le jour (Portail des services de l'e-Santé, 2020). Actif de fin mars 2020 à la mi-mai 2020, ses missions étaient de coordonner, d'orienter et d'évaluer ces initiatives technologiques en émettant des avis et des recommandations. Les évaluations se sont **focalisées sur différents aspects :**

- **l'utilité** des applications ou des plateformes,
- la présence d'une **base scientifique adéquate**,
- le respect des **principes de sécurité de l'information** et leur conformité vis-à-vis du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD),
- **l'effectivité et l'efficacité** des outils regroupés par domaine spécifique afin d'éviter les disparités,

- **l'absence de charge de travail supplémentaire inutile** pour les professionnels de la santé en garantissant la collecte et le traitement des informations de manière judicieuse, conformément au RGPD,
- **la capacité d'intégration aux services existants en matière d'e-Santé** tels que Recip-e pour la prescription électronique, le système hub et metahub permettant d'accéder aux documents pertinents ou encore les coffres-forts de santé ou la plateforme *eHealth*,
- **la capacité de transmettre certaines données de manière anonyme** à Sciensano (Portail des services de l'e-Santé, 2020).

La Task Force partagea ses évaluations à titre d'information sur le portail des services de l'e-Santé. Les principales applications et plateformes dédiées aux consultations à distance présentes sur le marché furent **classées par degrés de recommandation** : hautement recommandées, recommandées, acceptables et non recommandées, dressant ainsi une liste d'outils utiles à prendre en considération dans l'organisation de consultations sans contact physique pour aiguiller les prestataires de soins et les établissements de santé dans leur choix. Toutefois, il est important de préciser que les constatations et **décisions de ce groupe de travail ne peuvent être considérées comme des certifications formelles** et que l'entière responsabilité en matière de qualité, de sécurité et de respect des diverses réglementations de ces outils revient aux fournisseurs et aux utilisateurs (Portail des services de l'e-Santé, 2020).

Au cours de la pandémie, ces actions ont donc été initiées par le fédéral. Toutefois, n'oublions pas que, depuis l'accord de la Sainte Émilie en septembre 2013, conséquence de la 6^{ème} réforme de l'état, certaines compétences fédérales, nouvellement communautarisées, se sont vues régionalisées (Service Public Fédéral Belge, s. d.). En effet, cet accord sonna le glas des compétences communautaires dans le domaine de la santé et **les régions sont ainsi devenues des acteurs majeurs dans le paysage des soins**. Suite à cet accord, le gouvernement wallon est devenu compétent, notamment, pour tout ce qui est relatif à la promotion de la santé, au domaine de la santé mentale et des soins prodigués dans des établissements autres que les hôpitaux ou encore pour la cellule drogues (Lorant, 2019). Afin de simplifier les instances et viser plus de cohérence dans le sud du pays, le gouvernement wallon a créé en janvier 2016 un organisme d'intérêt public unique : **l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ)**, responsable

de politiques majeures au niveau bien-être et santé, handicap et famille (Agence pour une Vie de Qualité, s. d.).

En ces temps difficiles, **le gouvernement wallon et l'AVIQ ont joué un rôle important pour les Services de Santé Mentale (SSM)** et ce compris pour ceux étant spécialisés en assuétudes ou possédant une initiative spécifique. Via sa plateforme intitulée « *Coronavirus-AVIQ* », cet OIP a publié de nombreuses **circulaires ministérielles** dédiées aux professionnels de la santé exerçant dans des SSM agréés par l'AVIQ ainsi que des **communiqués de presse** adressés aux fédérations, aux plateformes de concertation en santé mentale et aux centres de référence (Agence pour une Vie de Qualité, 2020). Vu la thématique de ce mémoire et la période ciblée de la recherche, **trois documents principaux**, en lien avec les téléconsultations et les mesures de soutien aux Services de Santé Mentale sont à soulever.

Le **23 mars 2020**, une première circulaire ministérielle de l'AVIQ invitant les services de santé mentale à recourir aux téléconsultations fut publiée. Celle-ci précise les **modalités d'accessibilité** : « *La téléconsultation est donc un cadre pertinent pour réaliser des consultations de patients/usagers. Toutefois, dans certaines situations, elle pourra être insuffisante pour poser l'ensemble du diagnostic et les conditions de prise en charge associées et devra donc être prolongée par une consultation présenteielle. C'est aux professionnels qu'il revient alors d'apprécier à tout moment, la nécessité de poursuivre la téléconsultation en cours ou d'organiser une consultation physique, présenteielle. Il est dans ces cas préconisé aux professionnels de santé d'assurer les consultations des patients/usagers sur rendez-vous. Lorsque cela ne s'avère pas possible, il s'agira de faire attendre les personnes à distance des autres patients (au moins 1,5 mètre) et de faire respecter l'ensemble des recommandations de prévention et de précaution en usage* » (Direction des soins de santé mentale de l'Agence pour une Vie de Qualité, 2020, p. 1). Les **modalités tarifaires et de facturation** sont également exposées : « *Durant cette crise, la téléconsultation sera facturée au tarif forfaitaire de 5 euros tant pour les patients/usagers déjà inscrits que pour les autres patients, sauf pour les patients/usagers déjà pris en charge et qui, pour raison sociale, bénéficient d'un tarif inférieur. Le patient/usager sera clairement informé de cette facturation avant la téléconsultation* » (Direction des soins de santé mentale de l'Agence pour une Vie de Qualité, 2020, p. 1).

Le **20 mai 2020**, une seconde circulaire ministérielle de Madame Christie Morreale, ministre de l'emploi, de la formation, de la santé, de l'action sociale, de l'égalité des chances, des droits des femmes et vice-présidente du gouvernement wallon fut divulguée. Ce document apporte des précisions et des mises à jour quant aux téléconsultations dans les SSM agréés par l'AVIQ. Tout d'abord les **modalités de reprise des activités de consultation** sont exposées : « *La téléconsultation reste durant cette crise COVID-19 un cadre pertinent pour réaliser des consultations pour les patients/usagers qui le souhaitent. C'est aux professionnels qu'il revient toujours d'apprécier à tout moment la nécessité de poursuivre la téléconsultation en cours ou d'organiser une consultation physique, présentielle qui devra se faire de manière prudente et progressive, en tenant compte des besoins du patient/usager* » (Cabinet de la ministre Christie Morreale, 2020b, p. 2). Ensuite, les **modalités tarifaires et de facturation adaptées** sont décrites : « *Durant la phase aigüe, la téléconsultation pouvait se facturer au tarif forfaitaire de 5 euros tant pour les patients/usagers déjà inscrits que pour les autres patients, sauf pour les patients/usagers déjà pris en charge qui bénéficient d'un tarif inférieur. A partir du 1er juin 2020, le tarif, tel que prévu à l'article 1797 du CRWASS, sera à nouveau d'application (11,71€ - dernière indexation), quelle que soit la modalité de consultation. Le patient/usager sera clairement informé de cette modification de facturation avant la téléconsultation ou la consultation présentielle* » (Cabinet de la ministre Christie Morreale, 2020b, p. 2).

Le **20 mai 2020 également**, une autre circulaire ministérielle fut diffusée au nom de Madame Christie Morreale. Celle-ci avait pour objet une stratégie pour la santé mentale des wallons et des wallonnes dans le contexte de la pandémie COVID-19. Le gouvernement wallon débloqua des moyens financiers exceptionnels afin de soutenir les opérateurs du secteur de l'action sociale et de la santé. Plus précisément, **les SSM généralistes ont bénéficié d'un équivalent temps plein (ETP) supplémentaire** pour une durée d'un an, couvrant la période du 22 juin 2020 au 22 juin 2021. Les services de santé mentale généralistes possédant notamment une initiative spécifique en assuétudes sont effectivement concernés par ces mesures additionnelles. Des précisions concernant le montant attribué et le type de diplôme à posséder sont apportées : « *Le financement s'élève à un montant de 60.000 euros par ETP supplémentaire engagé pour une période d'un an. Le personnel engagé dispose d'un diplôme de psychiatre, pédopsychiatre, psychologue, assistant en psychologie, assistant social, infirmier social ou infirmier spécialisé en psychiatrie, éducateur spécialisé. Ce montant intègre*

toutes les dépenses inhérentes à l'ETP, y compris les frais de fonctionnement de ce personnel, sans qu'il puisse y avoir double financement public ». Ces renforts en ressources humaines visent à soutenir les professionnels de la santé mentale afin qu'ils puissent répondre au mieux aux besoins des patients dans le contexte de crise sanitaire (Cabinet de la ministre Christie Morreale, 2020a, p. 4).

Toutefois, **les mesures prises en première vague de Coronavirus ne concernent pas les services spécialisés en assuétudes en Wallonie**. Ce n'est que le **21 octobre 2020** qu'une circulaire spécifique pour ce secteur fut divulguée. L'AVIQ agréé et finance vingt-six services d'aide et de soins spécialisés en assuétudes répartis en douze zones géographiques. Ceux-ci furent **renforcés d'un ETP chacun** pour une durée d'un an également. Ce financement équivaut également à un montant de 60.000 euros par ETP. Ils profitèrent également d'une **enveloppe dénommée « frais de fonctionnement mobilité » de 3.000 euros par ETP supplémentaire**. Enfin, **5.000 euros de forfait digitalisation** furent octroyés par service (Cabinet de la ministre Christie Morreale, 2020c). Ce forfait fut également mis à disposition des Services de Santé Mentale. La digitalisation des services de santé ambulatoires de type non résidentiel fait partie intégrante du **plan de relance wallon « Get up Wallonia »**. Présenté le 22 avril 2020, il constitue une vaste opération du gouvernement wallon destinée à répondre aux urgences liées à la COVID-19 et à préparer l'avenir. Projet axé sur **4 objectifs** : économiques, sociaux, environnementaux et de développement territorial qui se traduisent en **4 missions principales** : gérer l'urgence sanitaire, diminuer un maximum les impacts économiques et sociaux de la crise, relancer l'activité socio-économique et renforcer la résilience et la capacité à relever et faire face aux défis de notre pays. De multiples mesures de soutien supplémentaires furent approuvées telles que, pour le secteur de la santé, la mise à disposition de **141 psychologues supplémentaires en Wallonie**, pendant un an, pour aider les citoyens et les professionnels (Gouvernement wallon, 2020).

Comme le précise Peretti-Watel : *« Les crises, qu'elles soient sociales, sanitaires, économiques ou écologiques, tendent à révéler les faiblesses structurelles des sociétés »* (Peretti-Watel, 2020). La crise sanitaire actuelle a révélé bien plus qu'un manque d'encadrement légiféré des pratiques de soins numériques. Elle a également, pour le secteur des assuétudes, **amplifié les conséquences de certaines mesures politiques** prises ces dernières

années. Notamment, à propos du manque d'investissement politique et financier dans le domaine de la promotion de la santé et des dispositifs de réduction des risques (Stévenot, 2020). Effectivement, l'OMS rapporte que les pays ne consacrent en moyenne que 2% de leur budget santé à la santé mentale (Organisation Mondiale de la Santé, 2020). Plus spécifiquement dans le secteur des assuétudes, la Cellule Générale de Politique en matière de Drogues (CGPD) déclare que 1,3 milliard d'euros auraient été dépensés en moyenne en 2014 et 2015 pour assurer la politique en matière d'alcool, de tabac, de drogues illicites et de médicaments psychoactives. Un peu moins de 60% de ce montant seraient dédiés à la prise en charge hospitalière et ambulatoire et au traitement des usagers et environ 40% seraient consacrés au travail de la justice, des services de police, de douanes et de contrôles. Les quelques pourcents restants seulement seraient affectés aux mesures de prévention et de réduction des risques (Cellule Générale de Politique en matière de Drogues, 2018). La pandémie a également accentué les effets socio-sanitaires de la prohibition des substances psychoactives et rendu plus apparent le manque de considération pour les publics marginalisés et stigmatisés, contribuant ainsi à renforcer les inégalités sociales. Instaurer des politiques d'urgence reposant sur la mise en place de ressources inédites à plusieurs niveaux et dans un laps de temps très court se révèle plus que nécessaire mais qu'en sera-t-il par la suite lorsque cette situation inédite sera derrière nous ? La citation de Winston Churchill est plus que d'actualité : « *Never let a good crisis go to waste* » (Churchill, 1945). **Le système politique et de santé belge aura-t-il la capacité de tirer profit de ces apprentissages et d'attribuer à ce secteur l'attention qu'il mérite ?**

Délimitation de la question de recherche

Ce mémoire s'oriente autour de la question de recherche suivante: « ***Comment, sur base des mesures prises par les pouvoirs publics, les professionnels en Wallonie ont-ils implémenté la télépratique afin de répondre aux besoins des patients souffrant d'assuétudes au cours de la première vague de COVID-19 ?*** »

Quelques précisions sont à apporter quant à cette question de recherche. Le terme assuétudes est défini par la FEDITO comme : « *Une accoutumance de l'organisme engendrée par l'usage répété ou abusif d'une substance, d'un jeu...* » (FEDITO Bruxelloise, 2011, p. 15). Cette définition met en évidence que le terme assuétudes comprend à la fois l'état de

dépendance envers des produits tels que des drogues, le tabac, l'alcool, les médicaments ainsi qu'envers des pratiques ou certains comportements tels que les jeux d'argent, les achats et dépenses, le sexe, le travail, le sport, les vols, l'utilisation d'internet, les pratiques sectaires, etc. Toutefois, cette étude se focalisera uniquement sur le recours abusif de substances psychoactives.

Cette étude cible les professionnels de la santé mentale exerçant dans des Centres de Santé Mentale (CSM), aussi dénommés Services de Santé Mentale qui sont définis, selon l'article 540 du code wallon de l'action sociale et de la santé, comme : « *Des structures ambulatoires qui, par une approche pluridisciplinaire répondent aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire qu'elles desservent* » (Service Public De Wallonie, 2011). Des fonctions de type psychiatrique, psychologique, social, d'accueil et de secrétariat sont assurées par ces structures (CRéSaM, s. d.).

Objectifs de la recherche

Objectif principal

L'objectif principal de ce mémoire est de comprendre **comment la télépratique a été implémentée** par les praticiens de la santé exerçant dans des centres de santé mentale prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes en Wallonie au cours de la première vague de crise sanitaire de la COVID-19. Cette démarche exploratoire permettra de cerner les tenants et aboutissants de cette implémentation numérique sous l'appui des pouvoirs publics et de leurs partenaires pendant cette crise sanitaire.

Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont doubles et se rapportent aux deux catégories d'acteurs impliqués dans la question de recherche. Il s'agit tout d'abord **d'identifier les mesures favorisant l'implémentation de la télépratique** et les financements supplémentaires mis en place par les membres des pouvoirs publics et leurs collaborateurs du secteur afin de soutenir les opérateurs de la santé mentale prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes. Ensuite, de **mettre en évidence les adaptations** ayant dû être entreprises par les soignants afin d'assurer la prise en charge du public cible tout en **prenant en compte leur point de vue vis-**

à-vis de cette réorganisation de l'offre de soins axée sur l'utilisation d'outils numériques au cours de cette période.

Matériel et méthodes

Type d'étude

Afin de répondre à la question de recherche, l'étude repose sur une méthode d'analyse qualitative. Pour ce faire, une démarche exploratoire a été entreprise auprès d'un échantillon restreint d'acteurs en visant non pas la généralisation des résultats mais la compréhension en profondeur du contexte et du vécu des répondants en tenant compte de la subjectivité de leurs dires.

Méthode utilisée pour la collecte des données

L'analyse des circulaires ministérielles publiées durant la période ciblée en lien avec les télépratiqués et les mesures prises au sein du secteur des assuétudes en Wallonie a notamment servi de point de départ pour élaborer les guides d'entretien des pouvoirs publics et des professionnels en santé mentale. En effet, ces lectures exploratoires furent essentielles et m'ont permis de mieux cerner le contexte avant de débiter les interviews. Comme vous pourrez le constater dans les annexes, compte tenu de la fonction occupée par certains partenaires, quelques questions se sont vues légèrement adaptées. Ces guides furent composés de questions qualitatives regroupées par rubrique.

Les données ont ensuite été collectées par le biais d'entretiens de type semi-directif, d'une part auprès des pouvoirs publics et de leurs collaborateurs et d'autre part auprès des professionnels exerçant au sein de Services de Santé Mentale en Wallonie prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes. Les interviews, d'une durée moyenne d'une heure, ont été menées de mi-janvier à début mars 2021, en présentiel et en distanciel afin de respecter les mesures sanitaires en vigueur.

La participation, en novembre 2020, à un webinaire organisé par la clinique psychologique et logopédique de l'université de Liège portant sur les enjeux et les perspectives

de la télépratique comme outil clinique m'a aussi permis d'accéder à des ressources scientifiques complémentaires développées dans le cadre théorique de ce mémoire.

Enfin, j'ai eu l'opportunité de prendre part, fin janvier, à un atelier virtuel d'expression créative à visée thérapeutique organisé dans un centre de santé mentale spécialisé en assuétudes en Wallonie. Cet atelier, d'une durée de trois heures trente, est mené par un médecin addictologue deux fois par semaine, en présence d'un comédien et d'une petite dizaine de patients. Les membres du groupe se trouvaient tantôt en distanciel, tantôt en présentiel dans un local adapté et situé au sein de la structure, dans le respect strict des recommandations sanitaires. J'ai ainsi pris part activement à l'ensemble des exercices, des moments de partage et de parole au même titre que les patients, ce qui m'a permis de vivre une expérience de prise en charge thérapeutique utilisant la technologie numérique en période de COVID-19. Mon rapport d'observation de cet atelier sera inclus dans mes résultats de recherche.

Stratégie d'échantillonnage des participants

Critères d'inclusion

Les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche l'ont été sur base volontaire en raison de leur implication dans l'implémentation de la télépratique et de leur disponibilité. Il s'agit donc d'un échantillon de convenance, non représentatif.

Le premier type de participants regroupe des membres des **pouvoirs publics belges et leurs partenaires**. Par partenaires, il faut entendre : toute personne d'âge adulte de sexe féminin ou masculin ou groupement de personnes ainsi qu'organisme, fédération ou encore centre de référence ayant contribué en tant qu'acteur principal ou secondaire à la réorganisation du secteur de la santé mentale lors de la première vague pandémique.

Le second type de participants regroupe des **professionnels de la santé** exerçant au sein de CSM en Wallonie, possédant au minimum une initiative spécifique en assuétudes ou bien spécialisés dans ce secteur. Homme ou femme d'âge adulte exerçant en tant que psychologue, psychothérapeute, médecin psychiatre ou addictologue ayant dû adapter la prise en charge en

utilisant la télépratique comme outil thérapeutique au cours de la première vague de pandémie de COVID-19. Le niveau d'ancienneté ne fut pas un critère de sélection.

Critères d'exclusion

Les partenaires des pouvoirs publics non concernés directement par le secteur de la santé mentale n'ont pas été contactés. Les professionnels de la santé n'ayant pas une fonction comprise dans celles retenues ou n'exerçant pas dans un Centre de Santé Mentale en Wallonie ne l'ont pas été non plus.

Modalités de recrutement

Les membres des pouvoirs publics et leurs partenaires ont été contactés dès le début du mois de novembre 2020, essentiellement par e-mail et par téléphone afin de fixer les dates d'entretiens et les modalités d'organisation de ceux-ci. Cette liste de personnes à contacter s'est dressée assez rapidement grâce aux conseils de mon promoteur de mémoire et via une recherche personnelle sur internet. Certaines personnes interrogées m'ont également conseillé de contacter d'autres partenaires ce qui m'a permis de rebondir de nombreuses fois et d'enrichir ma recherche. Un nombre maximum de participants pour cette catégorie n'a pas été délimité.

Les soignants, quant à eux, ont été contactés dès le début du mois de décembre 2020 par les mêmes moyens de communication afin de fixer les rendez-vous. C'est d'abord par l'intermédiaire du site internet de la Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale (FéWaSSM), une ASB ayant pour objet de regrouper les soixante-trois services de santé mentale wallons agréés et subventionnés par l'AVIQ que j'ai pu accéder à de nombreux numéros et adresses de contact. Effectivement, par province, j'ai pu prendre connaissance des services membres. J'ai ensuite parcouru et analysé les sites internet de chacun d'entre eux et délimité ceux qui étaient spécialisés en assuétudes ou possédaient une initiative spécifique concernant ce type d'affections mentales. J'ai ensuite analysé le site internet du Centre de Référence en Santé Mentale (CRéSaM) et plus précisément la page d'actualisation de l'offre de soins en santé mentale et assuétudes en Wallonie. C'est ainsi que j'ai pris connaissance des dispositifs et capacités d'accueil des différents services en santé mentale et assuétudes repris par province et surtout, des différents réseaux assuétudes auprès desquels je suis entrée en contact. Enfin, j'ai consulté le site internet de la FEDITO et les membres effectifs répondant à mes critères de sélection ont été contactés. Mon objectif était d'interroger un panel de soignants

exerçant en Wallonie. Pour cela, au moins une structure spécialisée en assuétudes ou possédant une initiative spécifique par province a été sélectionnée pour faire partie de l'étude.

Caractérisation de l'espace et du temps de l'étude

Région ciblée

Mon étude s'est axée sur les cinq provinces wallonnes. Par le biais de mes recherches, j'ai découvert qu'il existait plusieurs réseaux assuétudes comprenant des structures d'accompagnement et de soins délimitées en douze zones géographiques. Le réseau « *Aide et Soins en assuétudes* » pour le Brabant Wallon (ASARBW). Les réseaux « *Coordination Assuétudes HO* » (CAHO), la « *Concertation Assuétudes du Pays de Charleroi* » (CAPC), le « *Réseau Assuétudes des Fagnes* » (RAF), le « *Réseau Assuétudes Mons Borinage* » (RAMBO) et le « *Réseau d'Aide et de Soins en Assuétudes de la région du Centre* » (RASAC) pour le Hainaut. Pour la province de Liège, le « *Réseau Liégeois d'Aide et de Soins spécialisés en Assuétudes* » (RÉLiA) et le « *Réseau d'Aide et de Soins Spécialisés en Assuétudes de l'Est-Francophone* » (RASSAEF). Pour le Namurois, il existe le « *Réseau d'Aide et de Soins en Assuétudes de la Région Namuroise* » (RASANAM). Enfin, pour la province du Luxembourg, c'est la « *Coordination Luxembourg Assuétudes* » (CLA) qui est en vigueur. Au total, il existe vingt-six centres de santé mentale spécialisés en assuétudes en Wallonie intégrés dans ces réseaux (FEDITO Wallonne des institutions pour toxicomanes, s. d.). Comme développé dans la suite de ce mémoire, plusieurs professionnels exerçant dans ce type de structures ont été interrogés.

Au sein de la région wallonne, il existe également soixante-cinq Centres de Santé Mentale agréés et subventionnés par l'Agence pour une Vie de Qualité (CRéSaM, s. d.) Certains possèdent une initiative spécifique en assuétudes et c'est également sur ceux-là que j'ai concentré mon travail de recherche.

Période ciblée

En ce qui concerne la période ciblée, mon étude porte sur la durée correspondant à la première vague de pandémie de COVID-19 en Belgique, c'est-à-dire du 1^{er} mars 2020 au 22 juin 2020 (Institut belge de santé Sciensano, 2020).

Par contre, l'atelier virtuel d'expression créative auquel j'ai pris part s'est déroulé fin janvier 2021, c'est-à-dire en dehors de la période ciblée pour les entretiens auprès des parties prenantes. Néanmoins, ce type d'ateliers existait auparavant en présentiel et c'est en début de première vague qu'il a été repensé, adapté avec des moyens technologiques pour pouvoir rapidement se tenir en distanciel avec les usagers. Les modalités pratiques de ces activités furent identiques en janvier 2021 mis à part le fait qu'un nombre limité de patients pouvaient aussi y participer en présentiel ce qui n'était pas le cas de mars à juin 2020.

Méthode utilisée pour l'analyse des données

Tous les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité. Une analyse descriptive sur base de catégories et sous-catégories thématiques, émergentes du contenu récolté, a été entreprise pour les données relatives aux entretiens des pouvoirs publics, des partenaires et des professionnels de la santé mentale. Effectivement, mon choix d'analyse s'est orienté non pas à partir d'un cadre théorique prédéfini mais vers une démarche inductive. Cette thématisation fut continue c'est-à-dire que les thèmes furent identifiés et notés au fur et à mesure de la lecture des comptes rendus d'entretiens et l'arbre thématique fut construit progressivement. Des verbatims d'intervenants ont également été mis en évidence dans les résultats. Enfin, mes observations au cours de l'atelier virtuel d'expression créative à visée thérapeutique furent également intégrées au sein de sous-catégories thématiques d'analyse concernées.

Résultats

Description de l'échantillon

Cinq personnes, trois hommes et deux femmes, impliquées dans la gestion de la crise et les mesures en lien avec l'implémentation de la télépratique et occupant des fonctions diverses au sein des **pouvoirs publics** ou auprès de **partenaires** étroits de ceux-ci furent interrogées, à savoir : un membre d'une fédération en santé mentale, deux membres d'une structure de référence en santé mentale, un membre de cabinet d'un ministre de la santé et un membre d'un organisme d'intérêt public. Les dires de ces participants sont anonymisés conformément au consentement éclairé qu'ils ont signé et ils seront de ce fait nommés comme suit dans la présentation de nos résultats : **PP1, PP2, PP3, PP4, PP5**.

Neuf professionnels de la santé mentale ont aussi été interviewés. Deux hommes et sept femmes de professions différentes, à savoir : cinq psychologues, un assistant social étant également psychothérapeute, deux médecins psychiatres et un médecin addictologue étant aussi coordinateur d'un réseau assuétudes. Six de ces professionnels sont issus de services de santé mentale ambulatoires spécialisés en assuétudes et trois de services de santé mentale ambulatoires généralistes possédant une initiative spécifique en assuétudes. Au minimum un centre de chaque province de la région wallonne fut ciblé : un dans le Namurois, un dans le Hainaut, quatre à Liège, deux dans le Brabant Wallon et un au Luxembourg. Sur les neuf professionnels interrogés, huit n'avaient jamais eu recours à la télépratique comme outil de prise en charge avec leurs patients préalablement à la période de première vague pandémique liée à la COVID-19. Seul un professionnel avait déjà recours à une plateforme numérique dans sa pratique quotidienne. Les résultats se rapportant à cet échantillon furent également anonymisés de manière similaire conformément aux consentements éclairés signés et présentés sous la dénomination : **PS1, PS2, PS3, PS4, PS5, PS6, PS7, PS8, PS9**. Le tableau ci-dessous illustre ces différentes variables, caractérisant l'échantillon de cette étude.

Variables des pouvoirs publics et partenaires		N= 5
Sexe :		
Homme		3
Femme		2
Fonction :		
Membre d'une fédération en santé mentale		1
Membre d'une structure de référence en santé mentale		2
Membre d'un cabinet d'un ministre de la santé		1
Membre d'un organisme d'intérêt public		1
Variables des professionnels de la santé mentale		N= 9
Sexe :		
Homme		2
Femme		7
Profession :		
Psychologue		5
Assistant social et psychothérapeute		1
Médecin psychiatre		2
Médecin addictologue et coordinateur d'un réseau assuétudes		1
Type de service ambulatoire en santé mentale :		
Service de santé mentale spécialisé en assuétudes		6
Service de santé mentale possédant une initiative en assuétudes		3
Province :		
Namur		1
Hainaut		1
Liège		4
Brabant Wallon		2
Luxembourg		1
Déjà recours à la télépratique endéans la crise de la COVID-19 :		
Oui		1
Non		8

Tableau 8: Variables descriptives de l'échantillon comprenant les membres des pouvoirs publics, leurs partenaires et les professionnels de la santé mentale.

Résultats des entretiens menés auprès des deux catégories d'acteurs

Implémenter la télépratique en tant que professionnel

Cette première catégorie thématique, portant sur l'implémentation de la télépratique par les professionnels de soins en santé mentale, s'articule autour des quatre sous-catégories suivantes : l'adaptation et l'apprentissage de l'activité à distance, des professionnels de la santé mentale et pas du numérique, faire des téléconsultations avec les moyens du bord et l'attrait des soignants pour la télépratique avec la possibilité d'évoluer vers une prise en charge hybride.

→ L'activité à distance : adaptation et apprentissage

Au début de la première vague COVID, mi-mars 2020, les centres que nous avons interrogés ont dû interrompre de manière abrupte toutes les consultations prévues en présentiel. Ils se sont **réorganisés dans l'urgence** en prenant tout d'abord contact avec leurs patients afin d'annuler les rendez-vous initialement prévus dans les locaux, proposer des téléconsultations et voir dans quelles mesures elles étaient réalisables avec eux. Plusieurs intervenants, tels que PS8, mettent en avant cette nécessité d'adaptation : *« On a réfléchi rapidement à mettre en place un projet de continuité des soins individualisé par patient avec soit une bascule vers une téléconsultation complète, partielle c'est-à-dire alternée ou alors continuer en présentiel parce que rien de tout ça n'était possible pour le patient. Le centre est donc resté accessible avec une présence minimale sur place du fait du confinement »*. PS2 précise : *« Chaque collègue venait une fois par semaine au centre assurer le travail dans son bureau et par téléphone et le reste du temps, on était chez nous et on faisait des téléconsultations, du télétravail et du travail plus administratif ou des rapports »*. PS9 ajoute : *« On était chargé de relancer tous les patients et de leur signaler qu'on fermait pour une durée indéterminée. Les intervenants sociaux ont contacté les pharmacies et dressé une liste de pharmacies avec leur adresse e-mail. Grâce à ça, c'était plus facile pour le médecin d'envoyer la prescription par e-mail et ça évitait les déplacements pour nos patients »*. Enfin, PS3 nous explique avoir dû demander aux patients de procéder au paiement par virement et réorganiser la comptabilité.

Ces professionnels de la santé mentale témoignent que cette période d'ajustement fut **complexe**, source de **nombreux questionnements et d'appréhensions** ainsi que **d'émotions plutôt négatives**. Le sentiment d'être livrés à eux-mêmes, par exemple, fut constaté à de nombreuses reprises. A ce propos, PS3 révèle : *« On ressent une grande solitude qu'on n'a pas*

*quand on est au bureau où, s'il y a un problème, on peut descendre au secrétariat ou discuter avec un collègue entre deux portes pour lui expliquer ce qu'il se passe et lui demander son avis. Quand on est chez soi, on est **très seul face à des situations parfois compliquées**. On a demandé à la direction des moments de réunions supplémentaires de type réflexion clinique parce qu'on avait qu'une seule réunion par semaine par service. C'est deux heures, ça va vite, il faut parler de situations cliniques mais on n'a pas le temps de bien réfléchir, on est dans le pratico-pratique ».* PS6 fait également part de ses difficultés à s'adapter à la situation : *« Ça a été compliqué de retomber sur mes pattes, on a dû tout arrêter à un moment donné. Et donc il y avait un peu un sentiment de **perte de sens**, de **culpabilité** parce que je me disais : je ne fais plus rien, et que vont devenir les patients ? Et puis il y avait aussi un **sentiment d'impuissance** »*. PS2, quant à lui, estime que la télépratique **modifie beaucoup son quotidien** : *« C'est vrai qu'on a découvert des nouvelles pratiques mais les téléconsultations **changent du coup l'angle de prise en charge**. C'est beaucoup plus fatigant de faire 9 h de consultations d'affilée par téléphone ou par vidéo plutôt qu'en face à face. On n'a pas la présence des codes : on se lève, on ouvre la porte, on monte l'escalier, on fait entrer le patient... et puis il y a le non-verbal qui fait d'office défaut par téléphone. Sur écran, c'est petit, on voit mal et la qualité est parfois mauvaise »*.

Réfléchir à leur pratique autrement, bousculer leurs habitudes, trouver des solutions créatives et faire preuve d'inventivité sont des éléments qui ressortent très nettement de l'ensemble des témoignages des professionnels afin de maintenir, coûte que coûte, le lien avec leurs patients et assurer la continuité des soins. Certains, comme PS4, estiment que : *« C'est l'occasion de se réinventer »* et *« de ne pas s'encroûter dans des techniques qu'on utilise depuis toujours »* (PS3). PS8 accueille également plutôt favorablement ces changements : *« La crise demande une adaptation qui prend beaucoup de nos ressources et en même temps, elle s'accompagne de nouvelles expériences »*. Un certain **intérêt personnel** est également partagé par PS3 : *« J'ai pu apprécier de travailler de chez moi, notamment pour l'organisation personnelle, sans trajet et avec moins de stress »*.

PS8 souligne enfin que la réorganisation de la prise en charge s'est accompagnée d'une **surcharge de travail administratif et clinique** car il fallait d'une part échanger beaucoup par e-mails, élaborer des nouvelles mesures, en rendre compte par écrit et les présenter au pouvoir

organisateur et, d'autre part, adapter l'offre de soins et la prise en charge individuelle du patient tout en s'habituant à un ou à plusieurs outils numériques.

PP3, membre des pouvoirs publics, reconnaît, suite aux retours qu'il a eus des acteurs de terrain lors de réunions de concertation, que cette période d'adaptation fut source d'une grande difficulté pour les soignants : *« La téléconsultation ne remplacera pas l'humain, la présence mais je pense que les gens se sont adaptés en fonction des situations qu'on traversait, l'urgence de la situation. Les professionnels avaient vraiment à cœur de poursuivre le travail avec leurs patients, de ne pas lâcher, moi je trouve qu'ils ont été formidables parce qu'évidemment c'était extrêmement compliqué ».*

→ Des professionnels de la santé mentale, pas du numérique

Il existe une pléthore d'outils numériques et de plateformes virtuelles permettant de réaliser des téléconsultations. **Les 9 professionnels interrogés ont tous, sans exception, réalisé des suivis cliniques par téléconsultations lors de la première vague COVID.**

Seul **un des répondants utilisait déjà quotidiennement une plateforme professionnelle de soins virtuelle antérieurement à la crise.** D'après PS5, il s'agirait, en Belgique, de la seule initiative formalisée en ligne à ce jour pour les addictions à l'alcool : *« Je pense qu'il y a plein de psychologues qui font des consultations en ligne par ailleurs mais de cette manière-là, structurée et subsidiée par le gouvernement, je n'en connais pas d'autres ».* En période de crise, son expérience des télépratiques a attiré l'intérêt de nombreux professionnels désireux de mettre en place un outil virtuel adapté mais cela ne peut pas se faire dans l'urgence comme le précise PS5 : *« Nous sommes avant tout des professionnels de la santé mentale, on n'est pas des professionnels du web. On a dû réfléchir auparavant aux avantages, aux inconvénients et aux limites de ces outils-là pour pouvoir en tirer le meilleur parti et donc pouvoir réfléchir ensemble dans une co-construction et ça prend énormément de temps ».*

L'implémentation d'une plateforme E-health professionnelle demande également des moyens financiers importants que la majorité des centres interrogés ne possèdent pas. D'après PS8 : *« Les plateformes médicales vraiment sécurisées nécessitent d'avoir le dossier médical informatisé c'est-à-dire un logiciel qui propose à la fois les prises de rendez-vous, les*

consultations, les examens complémentaires, toutes les dimensions de ce qu'on peut avoir en médecine finalement et c'est très cher. Donc, seuls les généralistes en fait ont ce type de programme et peut-être aussi certains spécialistes qui travaillent de manière complètement indépendante mais pour nous, qui sommes dépendants des moyens octroyés par le service public, ce n'était absolument pas possible de disposer de tels logiciels ».

Le téléphone est incontestablement le premier moyen numérique utilisé de façon générale par les huit autres répondants. A cela s'ajoutent d'autres outils numériques variés, actuellement répandus sur le marché mais absolument pas spécifiques aux soins en addictologie ni même au secteur de la santé de manière générale. Ils ont été adoptés par les soignants pour réaliser des suivis virtuels avec leurs patients et conserver le lien. Il s'agit des outils numériques Facebook, Messenger, WhatsApp, Skype, Zoom et Teams. Il n'est **pas rare que les professionnels combinent plusieurs de ces outils**. C'est le cas par exemple de la structure dans laquelle exerce PS1 : *« Nos entretiens cliniques étaient organisés essentiellement par téléphone. J'ai mené quelques consultations par Skype parce que ça semblait être le plus véhiculaire. Des collègues ont aussi utilisé WhatsApp mais, étant donné que mon téléphone est un modèle tout à fait de base, je ne pouvais pas l'utiliser »* et PS6 : *« J'ai utilisé la plateforme Zoom car c'est la seule que je connaissais. J'ai expérimenté et j'ai trouvé que c'était assez pratique alors j'ai fait dès le départ toutes mes consultations en vidéoconférence ».*

Les professionnels ont donc testé plusieurs outils, en fonction de leur **simplicité d'utilisation**, du **matériel qu'ils avaient à leur disposition**, de leur **emploi par des confrères ou au sein d'autres institutions** avec lesquelles ils étaient en relation. PS7 partage son expérience : *« Au départ on utilisait Skype et on a trouvé qu'on avait beaucoup de problèmes de connexion et on a alors utilisé Zoom car c'est une plateforme qui était beaucoup employée par d'autres. Mais vu qu'on n'avait pas l'abonnement, les entretiens étaient limités au niveau du temps ».* Le choix du médium s'est aussi et surtout décidé en **fonction des possibilités du patient**. PS3 reconnaît : *« Au niveau du matériel et des programmes utilisés, on a chacun fait un peu comme on pouvait, un peu comme le patient pouvait aussi et surtout parce qu'il y a des patients qui utilisent leur GSM, qui n'ont pas d'ordinateur ».*

L'emploi de Teams est davantage réservé aux réunions professionnelles et est d'ailleurs imposé pour les échanges virtuels avec certains collaborateurs externes. A titre d'exemple, l'intervenant PS6 indique : *« Je fais des consultations par téléphone et aussi sur Skype et puis il y a des réunions que je fais avec Teams. Je trouve que c'est moins convivial comme plateforme mais pour toutes les questions de confidentialité qui sont fort présentes, c'est plus sécurisé »*. Il nous précisera également qu'une clinique avec laquelle il collabore régulièrement refuse de travailler avec Zoom et imposerait Teams pour les contacts professionnels.

Préalablement à la crise COVID, un des centres interrogés organisait, parallèlement à des consultations thérapeutiques individuelles qui se sont alors poursuivies sous la forme de téléconsultations, des séances de **thérapie collective par le biais d'ateliers d'expressions créatives** de type séculaire, en miroir de soi-même, et de type spectaculaire, en confrontation du regard de l'autre. Il s'agit, concrètement d'ateliers de théâtre, d'improvisation, d'écriture, de peinture, de collage et terre glaise rendus possibles grâce à un subside facultatif octroyé par la région wallonne. Avec la survenue de la pandémie, tout ce travail thérapeutique collectif n'a pas été stoppé. Il a été remis en perspective et s'est transformé en atelier théâtre par vidéoconférence avec les moyens du bord, beaucoup de **débrouillardise** et la **solidarité** des uns et des autres pour trouver du matériel. Le centre a été contraint de fermer mi-mars et les ateliers virtuels ont démarré fin mars. La participation active à un de ces ateliers en janvier 2021 m'a permis de vivre cette expérience thérapeutique collective en virtuel en présence de patients souffrant d'assuétudes. Avec une connexion internet et par l'intermédiaire d'un lien envoyé par e-mail, j'ai pu rejoindre le groupe sur l'application Zoom.

Depuis le retour possible des patients en présentiel, ces **ateliers se poursuivent en mode co-modal** pour permettre aussi à ceux qui n'ont pas de ressources matérielles d'y prendre part. Il est interpellant de constater que des participants souhaitent poursuivre en distanciel car ils apprécient le nouveau rapport à l'individu que permet la visio. Le thérapeute précise : *« Il faut être imaginatif et créatif même si le multimédia ce n'est pas notre domaine à la base. J'ai mis trois caméras, j'ai utilisé mon GSM, ma tablette, un ordinateur et un micro central pour que les participants dans la salle soient mieux vus et que tout le monde bascule en virtuel »*.

Les professionnels de la santé ne sont pas des professionnels du numérique et le fait que la **formation aux outils numériques soit**, selon la plupart des intervenants, **insuffisante voire nulle** n'a pas facilité l'implémentation de la télépratique pendant cette période.

Le CRéSaM, de par sa fonction d'organe d'appui des SSM et sa fonction de représentativité du secteur de la santé mentale, a décidé d'organiser, en mars et avril 2020, deux webinaires sur les téléconsultations sous la forme de **formations en ligne**, nous déclare PP2. Ceux-ci étaient destinés aux soignants pour les aider à mettre en place cette nouvelle modalité de travail à distance. Toutefois, seul un professionnel a évoqué avoir suivi ces deux formations avec ses collègues. Bien qu'elles étaient selon lui très intéressantes, il s'agissait de formations **portant sur le lien clinique et pas sur les programmes**. PS7, quant à lui, souligne l'absence totale de formation aux outils : *« On a été plongé dans les téléconsultations du jour au lendemain sans formation. On a analysé ce que des collègues utilisaient dans d'autres institutions, on a essayé de comprendre et on avait demandé des infos à quelqu'un de l'équipe qui s'y connaissait un peu mieux en informatique. Un des projets qu'on a ici à terme lorsqu'on aura un peu plus de temps c'est de pouvoir faire un petit document où on explique comment utiliser Zoom ou comment utiliser d'autres outils ».*

Hormis le répondant qui travaillait déjà en distanciel préalablement à la crise, les autres praticiens interrogés n'ont, quant à eux, été orientés vers aucune plateforme professionnelle spécifique et ont **appris sur le tas** comme l'explique PS6 : *« C'est en fait en participant à des réunions que j'ai pris connaissance de certaines fonctionnalités que je ne connaissais pas, je me suis dit que c'était génial et je les ai aussi utilisées pour nos réunions d'équipe ».*

→ Faire des téléconsultations avec les moyens du bord

Pour reprendre une expression souvent entendue au cours de nos entretiens, on peut dire que les professionnels ont **fait avec les moyens du bord** en ce qui concerne le matériel informatique et les outils numériques accessibles. Le constat premier est que les centres étaient globalement tous bien **loin d'être à la pointe de la technologie**. Or télétravailler et, de surcroît, organiser des téléconsultations avec les patients n'est possible qu'avec un minimum de moyens techniques à disposition. Le matériel informatique du bureau était généralement non transportable et les quelques PC portables existants dans certaines structures devaient être

partagés entre les différents membres de l'équipe. Les professionnels ont ainsi dû utiliser dans la grande majorité des cas leurs propres ressources matérielles.

Le professionnel PS3, très mal desservi, a choisi de **s'équiper à ses frais** pour pouvoir entreprendre des téléconsultations avec ses patients : *« J'avais un très vieux GSM donc je m'en suis d'abord acheté un nouveau. J'ai acheté un pare-feu et puis je me suis racheté un ordinateur parce que ce n'était pas possible de travailler avec celui que je possédais. Je n'avais pas accès à l'agenda du bureau donc je devais téléphoner entre chaque patient à mes collègues au secrétariat pour demander de fixer un rendez-vous et lorsque je devais orienter un patient vers un service, je devais aussi dire : je raccroche, j'appelle le secrétariat, tu sais me faire une recherche pour telle ou telle chose, ok, on me donnait les numéros puis je rappelais le patient... Donc là, je l'ai fait à la première vague et à la 2ème vague, j'ai dit stop, je me suis dit que j'allais péter une case donc j'ai acheté un ordinateur ».*

PS1, excédée, **désespère de voir des ressources matérielles arriver** : *« On travaille encore et toujours avec nos propres ordinateurs personnels. On a évoqué, je pense toutes les semaines, nos problèmes de moyens à notre direction mais ça n'a pas changé. On ressent qu'on est juste les emmerdeurs qui demandons encore et toujours la même chose ».*

La structure de PS2, qui a fonctionné en téléconsultations pendant trois mois, a très vite élargi son central téléphonique parce que les quelques lignes opérationnelles ont été très vite saturées. Mieux outillée informatiquement avant la crise et disposant davantage de moyens financiers, cette structure a également remis son parc informatique à jour. Pour certains CSM mieux lotis en matériel dès le départ, **le recours aux téléconsultations à cause de la pandémie a ainsi donné l'occasion de moderniser l'équipement informatique**. PS2 : *« On a fait des dépenses au niveau de l'entretien de notre parc informatique et on a mis des webcams associées aux ordinateurs qui en manquaient. On a aussi un autre projet mais ça c'est plutôt au niveau d'un logiciel statistique pour améliorer nos statistiques ».*

PP4 nous informe que le forfait digitalisation visant à soutenir les Centres de Santé Mentale en termes d'équipements informatiques leur est parvenu en deuxième vague de Coronavirus. Ce subside sera détaillé dans une prochaine catégorie d'analyse.

➔ L'attrait des soignants pour la télépratique, vers une prise en charge hybride ?

Suite à leur expérience forcée en matière de téléconsultations en période de crise COVID, nous avons collecté l'avis des professionnels interrogés sur les perspectives d'avenir des téléconsultations dans leur profession. D'après eux, si la crise a demandé une adaptation qui a pris beaucoup de leurs ressources, elle s'est en même temps accompagnée de **nouvelles expériences qui peuvent perdurer et qui peuvent apporter des bénéfices aussi bien aux professionnels qu'aux patients**. Si certains émettent encore des doutes concernant le travail thérapeutique, ils jugent l'implémentation de moyens virtuels très intéressants pour maintenir le lien.

Alors qu'un basculement complet en distanciel de la prise en charge du patient souffrant d'assuétudes est inenvisageable pour nos répondants, **la perspective d'une intégration des téléconsultations selon une formule hybride est perçue favorablement**. PS7 analyse que : *« La prise en charge des assuétudes est d'ordre psycho-médico-social selon le triangle multifactoriel de Olivenstein, le social en est un des leviers. Si on enlève les relations sociales, c'est presque impossible d'aller vers une abstinence, en tout cas une absence sur le long terme ou une réduction des risques sur le long terme. Mais la télépratique va clairement faire partie de mes outils pour les usagers qui ont des difficultés à se rendre physiquement au centre pour maintenir le lien surtout et rompre la solitude quand la personne ne va pas bien ».*

PS8 résume bien la perception générale de la majorité des répondants parmi les praticiens : *« Je pense qu'il y aura des personnes qui auront un accès accru aux soins via la téléconsultation dans le futur et c'est une bonne chose. Maintenant qu'ils savent ce que c'est qu'une téléconsultation, pour ceux qui l'ont vécue, ça ne posera pas de problème de me le demander. Si pour une raison x ou y ils ont un accès plus facile aux soins par ce biais-là, je l'accepterai. Mais c'est quelque chose qui **ne peut absolument pas être imposé par les pouvoirs organisateurs ou subsidants** parce que la relation thérapeutique veut qu'il y ait une liberté de part et d'autre et de même, nous ne pouvons pas l'imposer aux patients et vice versa. Il y a un respect de l'autre qui est nécessaire et qui fait que ça doit être un système libre absolument ».*

Enfin, PS3 ajoute : « Avec le confort du matériel informatique parce qu'à la première vague c'était horrible, ici avec tout ce qu'il faut c'est ok donc moi, je me verrais bien faire moitié-moitié par exemple à l'avenir. D'avoir certains jours au bureau, et certains jours chez moi. Ça pourrait me convenir de travailler comme ça. Par contre, j'ai besoin de présentiel pour parler avec les collègues de choses difficiles ».

Du côté des pouvoirs publics, PP5 dit avoir reçu des premiers feedbacks des 26 services spécialisés en assuétudes. Deux d'entre eux déclarent déjà, en février 2021, vouloir intégrer la télépratique par la suite, quand la crise sera derrière eux et instaurer ainsi un système hybride de prise en charge des patients.

Répondre aux besoins des patients souffrant d'assuétudes

Cette seconde catégorie thématique, portant sur l'implémentation de la télépratique pour répondre aux besoins des patients souffrant d'assuétudes, s'articule autour des trois sous-catégories suivantes : une demande de soins stable avec peu de nouveaux patients, la continuité des soins mise à rude épreuve pour certains patients et les aspects pratiques et bénéfices inattendus de la télépratique.

➔ Une demande de soins stable avec peu de nouveaux patients

La majorité des professionnels contactés ont confirmé avoir eu peu ou pas de nouvelles demandes de prise en charge lors de l'implémentation de la télépratique au cours de la période comprise entre mi-mars et mi-juin 2020. **Les téléconsultations qui se sont organisées lors de cette période l'ont été principalement pour des patients déjà suivis.** PS5 en fait le constat : « Quand on est entré en confinement au mois de mars, on a plutôt pu observer un **gel au niveau des nouvelles arrivées**, des nouvelles inscriptions, et de façon concomitante aussi dans notre centre on a eu moins de demandes d'aide en fait, comme si les gens avaient été figés dans un premier temps dans quelque chose qu'ils n'avaient jamais connu auparavant. Et donc, dans les premiers mois, on n'a pas tellement observé plus de demandes ni plus de problèmes de consommation ». PS4 ajoute : « Il y a eu des patients qui ont pris cette première période de confinement comme une **aubaine pour arrêter de consommer**. Ils avaient peur pour leur santé, tout était fermé et on ne pouvait plus se déplacer donc ils se sont dit : bah tiens, l'alcool peut-être que ça ne me met pas dans de bonnes conditions pour éviter d'attraper le COVID. Donc,

je vais tenter le coup pour stopper. Le virus a clairement été pour eux un facteur incitant. Et puis j'en ai d'autres en prise avec leurs problèmes de dépendance qui se sont retrouvés en plus grande difficulté.

Il n'y a pas eu globalement d'augmentation de la demande de soins pour les patients souffrant d'assuétudes au cours de la période d'implémentation de la télépratique dans les centres interrogés du fait d'un certain équilibre qui s'est établi entre des personnes qui demandaient moins d'aide et des patients qui étaient en plus grande demande. PS8 nous explique en effet que **certaines prises en charge se sont complexifiées** : « *J'ai aussi eu des problèmes d'assuétudes qui sont apparus chez des patients qui étaient suivis pour d'autres problèmes, troubles dépressifs, troubles anxieux ou post-traumatiques et qui sont venus compliquer le tableau psychiatrique initial* ».

Les thérapeutes interrogés ont d'ailleurs mis l'accent sur **la difficulté d'entamer une prise en charge en distanciel sans avoir préalablement rencontré le patient**. Lors du premier confinement, le professionnel interrogé qui réalisait déjà, depuis de nombreuses années, des téléconsultations par le biais d'une plateforme virtuelle a d'ailleurs accueilli des patients souffrant d'assuétudes en provenance d'autres structures de soins qui ne se sentaient pas capables de travailler en distanciel avec ces nouveaux patients, comme le formule PS5 :

« On a eu vraiment une mission de continuité des soins dans la mesure où les centres n'étaient plus en capacité, soit de recevoir du tout des patients, soit de manière très limitée et nous, nous étions opérationnels à 100% ».

De même, les **ateliers d'expression virtuels se sont essentiellement adressés aux patients connus et en cours de traitement**, selon PS6 : *« Ceux qui étaient déjà dans le processus avant le confinement ont continué. Pour les nouvelles demandes, c'était beaucoup plus compliqué d'intégrer quelqu'un dans une dynamique comme celle-là, par vidéoconférence ».*

➔ La continuité des soins mise à rude épreuve pour certains patients

L'implémentation de la télépratique a indéniablement engendré des difficultés en termes de continuité des soins. Premièrement, **certains patients souffrant d'assuétudes n'ont pas**

accepté d'être pris en charge selon des modalités numériques. En effet, avec ces patients, la prise en charge s'est compliquée voire interrompue totalement nous précise PS2 : *« Lors du premier confinement, certains de nos patients nous ont dit qu'ils préféraient suspendre leur suivi thérapeutique et ont demandé qu'on les **recontacte une fois les consultations physiques possibles** »*. PS4 constate également une rupture de la continuité des soins avec quelques patients : *« Moi je pense qu'on a effectivement perdu des patients de vue mais pas énormément et c'était de manière temporaire car j'ai l'impression d'avoir à nouveau tous les patients habituels depuis le retour au présentiel »*. PS2 ajoute : *« La pratique de la téléconsultation était généralement appréciée mais pas avec tous les patients. Certains avaient le sentiment que les conversations thérapeutiques à distance ressemblaient **davantage à une conversation amicale** »*. Des consultations à la maison ont aussi été vécues comme **fort intrusives**. La proximité des membres de la famille laissait craindre au patient que la conversation était écoutée. Pour ces patients-là, le suivi en distanciel a été suspendu avant le retour en présentiel.

Des praticiens estiment également que **les télépratiques étaient inappropriées pour certains patients**. PS7 insiste sur le fait que ce type de prise en charge peut être **dommageable pour certains publics, les confortant dans leur enfermement** : *« C'est une population qui est fortement isolée, encore plus maintenant. Donc si le peu de relation qu'ils peuvent avoir est informatisé ou via écran interposé, c'est quelque chose qui va **encore plus les déstructurer** »*.

Deuxièmement, la continuité des soins a été mise à mal en raison du **manque d'accessibilité aux ressources matérielles nécessaires**. Il est évident que les patients précarisés n'avaient pas accès à un ordinateur, une webcam, un casque et une connexion internet fiable. Le téléphone restait, d'après les professionnels rencontrés, l'alternative la plus simple à mettre en place pour la majorité d'entre eux pour autant qu'ils possèdent un GSM. Toutefois, même dans ce cas, les usagers de substances changent fréquemment de numéro de téléphone de peur d'être repérés dans des activités illicites, ce qui complique fortement le suivi de la prise en charge, nous explique PS7.

Pour pallier ce problème d'équipement des usagers, deux des neuf professionnels rencontrés nous ont expliqué avoir **cherché des solutions pour permettre de conserver le lien avec ces patients à distance**. PS7 partage : *« Pour mes patients qui avaient des problèmes de*

connexion, sur la province, il y a pas mal de lieux où le wifi est gratuit et je les y envoyais. Encore faut-il que leur GSM soit suffisamment récent pour pouvoir faire une visio. Donc **une bonne partie de la population précarisée s'est retrouvée coupée de tout** ». De même, PS6 nous confirme : « Tous ceux qui ont pu participer à l'atelier virtuel avaient le matériel. Il y en a l'un ou l'autre pour qui le matériel ou la connexion était plus instable donc ça a été compliqué et puis on a essayé de trouver du matériel grâce à des patients qui se sont aidés entre eux. C'est certain que pour les patients qui étaient dans la rue, ça aurait été impossible. C'est aussi une des raisons pour lesquelles on a essayé de réouvrir le plus rapidement possible en présentiel, parce que ça permettait au moins à ceux-là de pouvoir venir ».

PS7 estime qu'un budget, octroyé par les pouvoirs publics pour les usagers, aurait été pertinent afin d'apporter des moyens à un public souvent plus défavorisé car même pour les professionnels qui étaient bien équipés, **le point noir se situe du côté des usagers**.

D'après les retours que PP5 a eus des Centres de Santé Mentale prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes, la télépratique n'est utilisable que pour un **groupe cible de patients spécifiques avec des ressources suffisantes** et les outils numériques sont surtout utilisés pour un **public plus jeune**. Certains services ont déclaré avoir mis en place des activités quotidiennes via les réseaux sociaux. Toutefois, ils recensent aussi que les téléconsultations ont engendré beaucoup de **difficultés éthiques et un manque d'intimité** parce que, bien souvent, le patient ne sait pas être seul devant son ordinateur pendant sa consultation avec le thérapeute.

Plusieurs intervenants au sein des pouvoirs publics disent avoir **veillé à assurer la continuité du secteur de la santé mentale dans sa globalité**. PP3 précise : « Il ne faut pas avoir fait sciences politiques pour comprendre que les difficultés en santé mentale sont à la croisée de plusieurs secteurs évidemment. Il faut vraiment avoir une vision globale des difficultés rencontrées dans un schéma institutionnel qui n'est pas simple, on le sait. La particularité de la santé mentale c'est que la 6^{ème} réforme de l'état a fait que la Wallonie est devenue responsable, évidemment pas de toutes les compétences mais donc il faut vraiment articuler le travail qui est fait, surtout sur le secteur ambulatoire parce qu'il y a des compétences qui sont croisées ».

Enfin, comme nous le précise aussi PP3, le gouvernement wallon a visé la carte de la **responsabilisation des directions des services**, jugeant que les soignants étaient plus à même qu'eux d'évaluer la nécessité d'avoir une prise en charge dite distancielle ou présentielle. Les professionnels de terrain ont donc joui d'une certaine **autonomie dans la manière d'assurer la continuité des soins**. Cet extrait d'un des membres des pouvoirs publics illustre cela : « *Dans une première phase, on avait vivement recommandé les téléconsultations mais sans interdire évidemment le présentiel. Dans la seconde phase, on a vu que c'était beaucoup plus difficile donc une grande liberté est laissée dans la responsabilisation des acteurs et l'évaluation des nécessités au cas par cas et on a réécrit une nouvelle circulaire pour bien identifier cette possibilité-là. Il y a toujours la présence de la sacrée balance bénéfices-risques et puis il y a les coûts qui viennent aussi influencer nos décisions et donc évidemment si par exemple il y a un risque vital pour un patient qui veut faire un passage à l'acte et qu'une thérapie en présentiel est nécessaire, il n'y a bien sûr pas d'interdiction* ». PP2 met également en évidence que : « *Les services se sont retrouvés dans un dilemme entre la volonté à tout prix de vouloir garder le lien et garantir la continuité et en même temps la peur de contaminer et d'être contaminé. Ils ont vraiment dû gérer ces deux aspects pendant toute la durée de la première vague. Pour des situations qui le nécessitaient, certains auraient vraiment fait n'importe quoi pour que le suivi du patient soit assuré* ».

PP1 relate qu'une part considérable de professionnels disent ne **pas avoir pu implémenter la télépratique dans certains cas de figure** : « *Certaines pathologies étaient compliquées en téléconsultations et certains soignants ont même décidé de se rendre à domicile pour rencontrer des patients dans le besoin. Certains ont même proposé des entretiens en balades de manière à respecter les gestes barrières. Ils ont développé aussi des pratiques de ce type-là pour être au plus proche des besoins de leurs usagers tout en respectant les mesures sanitaires et en assurant la continuité des soins* ».

➔ **Aspects pratiques et bénéfices inattendus de la télépratique**

Mis à part les patients qui n'avaient pas les moyens techniques minimums pour poursuivre les soins en distanciels, on observe une plus **large proportion de patients favorables à l'emploi des outils numériques** par rapport à ceux qui y étaient opposés et ont interrompu leur suivi. PS8 rapporte : « *Moi j'ai comme expérience que très vite les patients se*

sont habitués à nous voir par le biais de l'écran et à être vus par ce biais-là aussi, dans leur intérieur, sans que ça ne vienne faire obstacle. De plus, ils étaient contents qu'on garde un contact malgré le fait que tout était fermé ». PS2 raconte : « On était quand même fort inquiet pour eux et finalement, les retours qu'on avait de nos patients pendant nos téléconsultations, c'est qu'ils supportaient le confinement, ce n'était pas trop inquiétant ».

La majorité des professionnels s'accordent à reconnaître qu'il y a des **bénéfices** à proposer des téléconsultations pour certains patients, comme les personnes âgées ou les patients qui rencontrent des difficultés de déplacement. L'expérience en téléconsultations de PS6 l'a conduit à apprécier un **avantage au niveau de l'alliance thérapeutique** : *« C'est vrai que l'outil vidéo peut être très intéressant parfois. Je m'attendais à ce que la charge émotionnelle soit moins grande et ce n'est pas forcément le cas. J'ai eu des séances très lourdes émotionnellement avec des patients. En fait, je pense que la vidéo permet aussi au patient qui est chez lui dans son élément de lâcher des choses autres que quand il est dans le cabinet ».*

Grâce à cette prise en charge inhabituelle pour eux, il semble aussi que **des patients aient pu se confier différemment à leur thérapeute**. PS8 nous dit : *« Je trouve que les téléconsultations ont amené des bénéfices, même en termes thérapeutiques et ça c'est peut-être surprenant à entendre mais je trouve qu'il y a des patients qui allaient plus facilement aux choses importantes à dire qu'en présentiel ».* PS2 confirme : *« Il y a des patients avec qui le processus thérapeutique par téléphone était très intéressant. Ne pas nous voir, ça permet parfois de se confier autrement, un peu comme ceux qui sont sur le divan en psychiatrie en analyse, ça a été intéressant qu'il n'y ait justement plus ce face-à-face ».* En cette période, les ateliers de groupe à visée thérapeutique organisés en distanciel étaient également appréciés des patients. Selon PS6, le patient **porte plus d'attention à l'autre** alors qu'en présentiel tout le contexte environnemental dévie l'attention par rapport au sujet. A ce propos, ce dernier atteste : *« J'ai eu des retours très positifs et beaucoup d'implication, ils ont trouvé ça fabuleux ».*

Pour d'autres patients, **l'adhésion a été liée à la facilité de se faire délivrer une prescription médicale**, comme l'exprime PS4 : *« Pour une partie de mes patients, j'ai l'impression que s'ils avaient pu continuer les consultations par téléphone, ça leur aurait*

convenu parfaitement parce que c'est très facile d'appeler pendant 5 minutes et d'avoir son ordonnance ».

Un répondant a de plus souligné **l'attrait des téléconsultations pour un public féminin**. Selon PS5 : *« Les femmes ont une consommation d'alcool plus masquée, plus cachée, plus honteuse et ce module en ligne sans le regard de l'autre remplit sa fonction d'une part. D'autre part, les femmes ont plusieurs vies en une seule, elles travaillent, elles sont mamans, elles doivent s'occuper de la maison... Et caser un entretien en ligne de chez soi, ça reste plus flexible en mettant les enfants devant la télé que de devoir se déplacer dans un centre, de faire garder les enfants. En ce sens, les téléconsultations répondent mieux aux réalités des femmes ».*

Plusieurs professionnels ont également fait le constat que les **téléconsultations rendaient possible un suivi plus régulier** et ont confirmé **moins d'absentéisme** qu'en présentiel. PS9 admet : *« Je n'ai presque pas eu d'absence aux rendez-vous alors qu'en temps normal on peut avoir des gens qui ne viennent pas au centre, reportent leur rendez-vous, arrivent en retard ou ne viennent pas du tout. Et donc ici, c'était l'inverse, j'avais un taux de participation vraiment très élevé car à la première vague, vu qu'on était confiné, les patients étaient forcément chez eux, ils étaient facilement joignables puisqu'on ne bougeait pas ».* PS3 confirme : *« Certains patients qui manquent un rendez-vous prétendent qu'ils n'ont pas vu l'heure ou qu'ils n'ont pas su se lever. Même s'ils sont dans leur lit, le téléphone est près d'eux et on peut faire l'entretien ».*

Un autre professionnel trouve un **intérêt à l'emploi des téléconsultations pour des patients en sevrage** car un suivi et un soutien quotidiens sont dans ce cas possibles. PS6 nous exprime cela : *« Assez curieusement, je pense qu'il y a pas mal de patients qui à ce moment-là ont dit : mais en fait, je voudrais bien arrêter et je profiterais bien de cette période. Et j'ai vu personnellement pas mal de sevrages à domicile pendant cette période. Je leur ai dit : contacte ton médecin pour une ordonnance de Méthadone, on va établir un plan d'action et on va se téléphoner tous les jours pour avoir un suivi. Donc, j'ai 3 ou 4 patients qui ont été mis en sevrage à ce moment-là et ça donnait pas mal ».*

Les pouvoirs publics et leurs partenaires ont également eu **l'écho de retours favorables** des professionnels du terrain vis-à-vis des usagers face à la télépratique. PP1 témoigne : « *On a eu des retours un peu contrastés mais globalement plutôt positifs sur le fait que, en tout cas pour certains usagers, les téléconsultations étaient tout à fait bénéfiques. Pour certains, c'était même plus rassurant et plus confortable entre guillemets. En tout cas, ça a permis de maintenir le lien, ça c'est sûr. Et donc, je pense qu'il y avait d'une part des téléconsultations qui étaient plus dans l'idée de garder le contact et poursuivre le soutien aux bénéficiaires et puis il y a eu des téléconsultations qui étaient vraiment de type entretiens thérapeutiques* ».

Composer avec les mesures de soutien des décideurs

Cette dernière catégorie thématique, portant sur les mesures de soutien prises par les pouvoirs publics pour soutenir le secteur de la santé mentale et l'implémentation de la télépratique par les professionnels, s'articule autour des trois sous-catégories suivantes : une pluie d'informations, des aides tardives et limitées dans le temps et une concertation complexe avec une abondance d'acteurs.

→ Une pluie d'informations

La mise en place de dispositifs d'information constitue une première mesure de soutien envers les professionnels du secteur de la santé mentale en période de COVID. Des démarches en ce sens ont été expliquées par tous les membres des pouvoirs publics et leurs partenaires au cours des entretiens. Par dispositifs d'information on entend tout d'abord la mise en place, par les directions transversales de l'AVIQ, en partenariat avec le gouvernement wallon, d'une **plateforme d'information de référence** intitulée : « *Coronavirus AVIQ* ». PP4 déclare : « *Dès le mois de mars, nous avons pris à bras le corps un ensemble de mesures de renforcement et de soutien. Une plateforme d'information a rapidement vu le jour comprenant divers onglets dont celui « trouvez du soutien » où se trouve l'ensemble des aides qui sont offertes à l'heure actuelle pour le secteur professionnel mais aussi pour tout un chacun, pour les citoyens. Elle est mise à jour continuellement* ». Les objectifs de ce site internet ont été exposés par plusieurs personnes et comprennent la mise à disposition d'informations éclairées notamment via le partage de documents officiels, de boîtes à outils, de numéros de téléphone de référence et de lignes d'écoute ou encore de conseils d'orientation et d'accompagnement des bénéficiaires vers des soins de santé mentale appropriés. PP3 ajoute : « *Très rapidement la crise a montré ce besoin*

d'avoir des endroits de repères. J'ai tout de suite proposé de mettre en place ce type de site avec un groupe de travail transversal. Il y avait vraiment la volonté de pouvoir trouver de l'aide. Dès qu'on l'a mis en ligne, on a demandé que les services de différents secteurs puissent avoir un œil dessus et faire leurs commentaires sur ce qui était publié. Nous avons quasiment de manière hebdomadaire des retours des professionnels de soins concernant cette plateforme et son contenu est adapté ».

Un autre projet, en lien avec **l'information de l'offre de soins existante en santé mentale** a rapidement émergé en période de première vague de Coronavirus, via la plateforme wallonne précitée et via le site internet du Centre de Référence en Santé Mentale. PP4 nous partage en effet qu'en mars 2020, *« la direction de la santé mentale de l'AViQ, en concertation avec le cabinet de madame la ministre Morreale et de son conseiller s'est mis autour de la table avec des acteurs de l'offre de soins de santé mentale mais pas seulement des soins, de la prévention et de la promotion de la santé aussi. Le CRéSaM, les plateformes de concertation et les coordinateurs réseaux qui forment un socle tripartite ont pris part à cette initiative. Le Centre de Référence en Prévention du Suicide (CRéPS) aussi et donc on a mis en place une possibilité pour la première ligne mais aussi pour le tout-venant, de prendre connaissance de l'offre de soins spécifique en santé mentale dans le cadre de cette gestion de crise en ce compris les assuétudes. Des réunions régulières entre nous ont eu lieu. On a voulu faire une photographie, un inventaire par province tout simplement de cette offre de soins un peu particulière »*. PP1 apporte des éléments complémentaires et nous précise que, sur chaque territoire provincial déterminé, les coordinateurs de réseau et de plateforme se sont concertés et ont invité leurs services partenaires, sur base volontaire, à envoyer des informations concernant leur organisation afin qu'ils se retrouvent sur cette page d'actualisation de l'offre de soins en santé mentale et qu'un état des lieux soit ainsi présenté. PP1 nous informe sur le fait qu'une demande importante du terrain pour ce type d'initiative avait été formulée en début de pandémie : *« On a eu des retours du terrain mais surtout des premières lignes qui se trouvaient assez démunies par rapport à l'offre de soins en santé mentale et donc qui se retrouvaient avec des usagers qui avaient besoin de soutien et ils ne savaient plus vers qui s'orienter ni quelles étaient les dispositions mises en place au sein des services de santé mentale »*. L'objectif de ce dispositif était que les professionnels puissent mieux cerner l'offre de soins existante afin d'orienter les patients vers une structure adéquate proposant des téléconsultations.

Un troisième dispositif d'information cité par les pouvoirs publics est le **partage de multiples circulaires ministérielles**, publiées sur la plateforme de référence de l'AVIQ et dédiées à diverses structures de soins dont les Services de Santé Mentale et les services spécialisés en assuétudes. A travers ces circulaires, l'objectif d'information est à nouveau bel et bien présent. Comme le précise PP3 : *« Les circulaires ministérielles sont bien sûr directement envoyées aux services. Dès qu'elles sont publiées, elles sont mises automatiquement sur le site par l'AVIQ et il y a également un système de newsletters qui a été mis en place »*.

Suite aux retours du terrain, PP5 explique le ressenti des professionnels vis-à-vis des circulaires ministérielles qui, selon eux, manquaient de clarté parce qu'elles avaient une vision sectorielle et n'étaient pas orientées sur l'ambulatoire dans son ensemble. L'AVIQ se serait, selon eux, surtout concentrée sur les services résidentiels, les centres de cure, l'hospitalier mais moins sur l'ambulatoire, ce qui fut problématique.

Les professionnels de santé interrogés s'accordent à reconnaître que **les informations diffusées par les pouvoirs publics et leurs partenaires étaient très abondantes**. Ils citent principalement le plan *Get-up Wallonia*, de nombreuses circulaires ministérielles en santé mentale, la plateforme web Coronavirus AVIQ et estiment avoir été **submergés d'informations ce qui a parfois conduit à une surcharge mentale** en cette période de crise, comme l'exprime PS7 : *« On croule littéralement sous les messages, que ce soit de la part de l'employeur, de la FEDITO ou de l'AVIQ et, à un moment donné, on trie. Et au-delà de cela, quand je suis sur mon lieu de travail, j'ai tellement d'usagers à voir que je ne vais pas commencer à lire des circulaires ministérielles. Je pense qu'il y a un gros problème de communication mais que ce soit au niveau de la région wallonne ou au niveau du fédéral. On reçoit des messages de partout, tout le monde communique dans tous les sens et au final les informations se contredisent donc ça amène de l'anxiété supplémentaire ce qui fait que moi, par choix, à un moment donné, j'ai coupé la prise d'infos »*.

PS3 s'exprime aussi à ce niveau : *« La plateforme Coronavirus AVIQ, j'en ai entendu parler mais franchement je n'ai pas eu du tout le temps d'aller y jeter un œil. A peu près toutes les deux semaines, les membres de la direction nous envoient une newsletter comme ils*

l'appellent, avec des infos succinctes, les nouvelles directives. Donc, on a eu l'info par cette voie ».

Face à cette pluie d'informations continue arrivant de toute part, on ressent également dans les témoignages des professionnels interrogés une forme de **compréhension et d'acceptation** car ils sont conscients que, si la situation a été difficilement gérable pour eux, elle l'a été tout autant pour les pouvoirs publics. Les propos de PS6 vont ainsi dans ce sens : *« Je pense que l'administration de la région wallonne a été aussi à un moment donné dépassée par les événements, par la tournure et il a fallu le temps pour qu'ils retrouvent leur marque et les assuétudes représentent un tout petit service dans la pléthore de l'AVIQ. Donc, ils se sont d'abord occupés des services de santé mentale, des services d'hébergement éventuellement ».*

D'après les dires de tous les praticiens interviewés, **aucune information ou conseil en ce qui concerne les outils numériques ou plateformes préconisés** dans leur secteur spécifique de soins ne leur est parvenu. Or, PP4 énumère deux ressources ayant pour but d'orienter et de conseiller au mieux les professionnels en la matière. Premièrement, la ***Task Force Data and Technology against Coronavirus***, présentée dans le 4^{ème} chapitre du cadre théorique de ce mémoire. Deuxièmement, la **coupole francophone des associations de psychothérapeutes** qui représente les psychologues et qui veille à sensibiliser les professionnels en leur donnant des recommandations ciblées pour garder le lien avec le patient via les téléconsultations. L'AVIQ fait d'ailleurs référence à ces acteurs dans les circulaires.

→ Des aides tardives et limitées dans le temps

Les professionnels de la santé nous ont confirmé avoir bénéficié d'aides diverses même si, d'après eux, elles sont **arrivées tardivement et n'ont pas été suffisantes**. Elles avaient cependant le **mérite d'exister et étaient les bienvenues**.

Le 22 avril 2020, d'après PP4, le gouvernement a décidé d'octroyer une **première enveloppe de presque neuf millions d'euros** et dont l'objectif était de renforcer en équivalents temps plein des structures de soins telles que les Services de Santé Mentale, les Initiatives d'Habitations Protégées (IHP), les Soins Psychiatriques pour personnes séjournant À Domicile (SPAD), les Cellules Mobiles d'Intervention (CMI) ainsi que le Centre de Référence en

Prévention du Suicide qui s'articule avec l'ASBL « *Un pass dans l'impasse* ». PP4 émet à ce niveau que : « *Ils ont été renforcés dans leur encadrement de personnel pour offrir de nouvelles initiatives mais aussi parfois renforcer les missions dites générales, l'objectif était évidemment de permettre une meilleure accessibilité chez ces divers opérateurs* ». PP3 exprime que, dès le début, il fallait consolider les services et les immuniser dans leur modalité financière.

Le renfort de 141 ETP psychologues supplémentaires en Wallonie a également été abordé avec les décideurs. PP3 a d'ailleurs mentionné que ces renforts humains étaient plus larges que cela car l'arrêté en question **permettait d'engager d'autres professions** comme, par exemple, des infirmières spécialisées en psychiatrie, des éducateurs, des assistants sociaux et même des psychiatres. A la période où l'entretien avec PP3 s'est déroulé, en novembre 2020, celui-ci a déclaré que, depuis le début de la pandémie, 185 équivalents temps plein avaient été engagés afin de répondre au mieux aux besoins de la population.

PP1 dit savoir que les demandes augmentent, que les situations de terrain se complexifient et donc que le **renforcement des équipes a été plus que bien accueilli** : « *Dans le secteur de la santé mentale, il y avait déjà des listes d'attentes qui étaient assez longues. Les intervenants se plaignaient déjà que c'était fort bouché et qu'ils avaient du mal à suivre en temps normal. Donc c'est vrai qu'on va un peu avoir du mal à faire la différence entre les situations liées au COVID et celles qui ne le sont pas mais les renforts ont été les bienvenus car ils en avaient déjà besoin avant et ils en auront encore certainement besoin après* ». Cet extrait semble souligner que les décideurs prennent conscience de la nécessité de poursuivre ce renforcement en ressources humaines après la période pandémique dans le secteur de la santé mentale.

PP4 aborda également que les **mesures de soutien spécifiques pour les services spécialisés en assuétudes sont survenues plus tardivement** : « *Après la période estivale, la deuxième vague est arrivée et avec elle, un second effort de la part du gouvernement qui a décidé de renforcer également d'un ETP chacun les 26 centres d'assuétudes en Wallonie ainsi que les plateformes de soins palliatifs* ». Lorsque nous avons mené les entretiens avec les soignants, chaque SSM wallon avait reçu cet **équivalent temps plein supplémentaire temporaire**.

PP2 dit, quant à lui, avoir pris connaissance, en échangeant avec le terrain, d'engagements faits à partir du mois de juin dans les SSM. Il précise que **malgré les ressources octroyées, certains ont éprouvé des difficultés financières** : « *Tous les services n'ont pas engagé parce que c'était parfois un peu compliqué et certains services devaient mettre un peu de fonds propres pour pouvoir engager des personnes avec suffisamment d'ancienneté et de qualification donc ça n'a pas été simple pour tout le monde* ». PP1 concède également que : « **La réalité financière des services de santé mentale n'est pas la même partout, s'il s'agit d'une petite asbl privée ou si c'est un gros pouvoir organisateur et, en première vague, ça a fortement joué. Certains ont pu anticiper et mettre du matériel à disposition, d'autres non et par la suite, oui il y a eu un budget dégagé par le gouvernement wallon pour permettre aux services de s'équiper. Pour certains centres, c'était absolument nécessaire mais ce n'est pas arrivé tout de suite** ».

Par rapport à la situation de crise, PS2 estime ainsi avoir été **bien soutenu** par les pouvoirs publics : « *On a eu plusieurs soutiens de la région wallonne, des soutiens financiers, qui ont été très bien accueillis et qui nous ont donné un peu de bulles d'oxygène. On a reçu plusieurs livraisons de masques de la région wallonne et un subside pour l'informatique qu'on a pu utiliser à partir d'octobre 2020 seulement. Donc, effectivement il est arrivé un peu plus tard. La ministre nous a envoyé un courrier annonçant des moyens supplémentaires pour les trois prochaines années et on a aussi eu des primes exceptionnelles de fin d'année puisque nous sommes restés ouverts et en première ligne. Moi je trouve franchement qu'on a eu beaucoup d'aides, beaucoup de soutien. On n'a pas à se plaindre* ». Les propos de PS1, se sentant très peu encadré, informé et soutenu par sa direction, ne vont pas dans ce sens et traduisent une **grande frustration** : « *Je pense que mon silence doit être évocateur ! Pour nous, c'est tout à fait obscur tout ça. C'est la province qui s'en occupe. Nous on n'a pas accès à ce qu'ils ont sur leur compte et à ce qu'ils reçoivent. A notre niveau, nous n'avons pas eu de retours, d'aide, ni de soutien alors qu'on n'arrête pas d'en demander* ».

PP4 précise que c'est **en deuxième vague** que l'ensemble du secteur de la santé mentale s'est vu renforcé avec des enveloppes spécifiques pour les moyens électroniques comprenant l'achat de matériel, du hardware, du software et couvrant la prise en charge du coût des télécommunications. Néanmoins, PP5 partage que, d'après ses retours, les SSM n'ont pas

attendu l'octroi de subsides visant à les soutenir pour recourir au distanciel car leur priorité était de conserver le lien avec les patients.

Ce **forfait digitalisation** est donc, selon les professionnels, arrivé trop tardivement dans le courant du mois de novembre et n'a pas été suffisant pour les structures de soins à la base mal équipées informatiquement nous explique PS2 : *« Nous on était déjà bien lotis, bien outillés j'ai envie de dire. On avait installé des PC portables dans tous les bureaux ce qui n'est pas le cas partout mais il y avait des centres qui n'avaient même pas d'ordinateurs dans les bureaux. Ils ne savaient pas faire les visioconférences »*. PS8 nous explique comment ce subside a été utilisé de son côté : *« Avec le forfait digitalisation de la région wallonne, on a choisi dans notre centre d'acheter l'abonnement à la plateforme Zoom pour essayer d'utiliser un outil plus sécurisé pour nos téléconsultations »*.

Les professionnels se questionnent également face à l'après-COVID au vu de l'explosion des nouvelles demandes de soins qui sont apparues à partir de la seconde vague. PS3 nous fait part de ses craintes : *« On sait que le gouvernement n'a pas une enveloppe extensible. Aujourd'hui, les aides COVID nous ont permis de renforcer l'équipe mais on ne sait pas pour après. Avec la 2ème vague, les demandes sont exponentielles. Si on ne peut pas garder les collègues dans le temps, je ne sais pas comment on va gérer »*. PP5 révèle aussi que, de base, les services spécialisés en assuétudes ne sont que très peu financés. L'ajout d'un équivalent temps plein par centre pour une durée limitée d'un an était vu par certains professionnels comme **un soutien qui pourrait vite devenir un handicap** par la suite. *« Sachant que les problèmes de consommation de substances psychoactives ne vont pas s'arrêter du jour au lendemain, au contraire, comment procéderons-nous lorsque ce financement prendra fin ? »* est une question fréquemment posée par les soignants, émet PP5. Cet extrait nous éclaire sur la nécessité des décideurs de promouvoir un plan plus général et une vision orientée sur le long terme.

→ Une concertation complexe avec une abondance d'acteurs

Les entretiens auprès des décideurs ont mis en avant le besoin de se **coordonner** et de se **concerter** pour prendre des décisions appropriées compte tenu de la situation vécue par les

professionnels du terrain ainsi que la nécessité d'**évaluer** les modalités d'utilisation des mesures de soutien mises à disposition du secteur de la santé mentale.

Ce rapprochement entre les pouvoirs publics, leurs partenaires et les professionnels par le biais d'une **concertation en distanciel et en grand groupe n'a pas été facile** émet PP4. Effectivement, réunir tous les acteurs concernés autour d'une même « table virtuelle », distanciation sociale oblige, complexifie la situation. Toutefois, comme le souligne PP3, un **investissement accru des différentes parties prenantes** afin de gérer la crise à ses débuts s'est fait ressentir : *« Lors de la première vague, nous concernant, il y a d'abord eu un phénomène de sidération mais je dois dire que j'ai eu affaire à des professionnels extrêmement engagés. J'ai tout de suite mis tout le monde autour de la table et c'était compliqué évidemment, parce que d'habitude quand on gère une crise, il y a de l'humain, la présence physique des personnes alors que là, il a fallu nous réunir comme vous et moi, derrière un ordinateur, avec la difficulté supplémentaire que les cabinets se sont créés en octobre-novembre, à l'accord du gouvernement ».*

PP4 nous précise les **différentes logiques, niveaux et comités d'intervention** qui se sont créés et ont pris part au processus consensuel et décisionnel pendant cette période. Il nous a paru intéressant de les synthétiser ci-après pour nous rendre compte de la multitude d'acteurs en présence et pour une meilleure compréhension des rapports entre chacun des intervenants. Le premier niveau de logique, le niveau **macro**, comprend les institutions avec leur direction et les coordinations. Ensuite vient le niveau **méso** comprenant les fédérations qui ont un rôle de représentativité. Dans le domaine de la santé mentale, elles sont au nombre de cinq : la Fédération Wallonne des Services de Santé Mentale (FEWASM), la Fédération wallonne des Institutions pour Toxicomanes (FEDITO), la Fédération de l'accueil, de l'accompagnement, de l'aide et des soins aux personnes (UNESSA), la Fédération patronale d'institutions de soins de santé wallonnes et bruxelloises (SANTHEA) et la Fédération des Initiatives d'Habitations Protégées (FedHIP). La Fédération Wallonne des Soins Palliatifs (FWSP) serait également une partie prenante. Enfin, deux types de comités ont vu le jour en début de crise. Tout d'abord, des **comités d'accompagnement sectoriels** ayant une mission de monitoring, c'est-à-dire d'observation des moyens octroyés par secteur pour ensuite pouvoir prendre des décisions en connaissance de cause, réorienter les politiques publiques et ce d'autant plus si la crise perdure,

ce qui est le cas. Au-dessus de ceux-ci s'est mis en place un **comité de pilotage transversal** beaucoup plus élargi ayant également un rôle d'évaluation, composé notamment des organisations de type mutualiste, des personnes issues du monde scientifique, de l'ensemble des fédérations, d'un membre du CRéSaM, des directions de l'AVIQ et du cabinet de madame la ministre Morreale. Ce comité est également composé d'acteurs de terrain qui souhaitent faire entendre leur voix et ne pas être uniquement représentés par le biais d'une fédération. D'autres acteurs tels que la Fondation Roi Baudoin y ont également leur place. Pour être complet, PP4 nous précise qu'il existe, au niveau fédéral, un groupe de travail inter-cabinet qui rassemble l'ensemble des agences des entités fédérées et du fédéral qui se coordonnent et discutent de manière consensuelle sur les orientations politiques, organisationnelles et réglementaires utiles pour faire évoluer la prise en charge de la santé mentale en Belgique.

Au vu du nombre d'acteurs, PP4 insiste sur la **nécessité de se concerter pour garantir une visibilité mutuelle entre les interventions de soutien des uns et des autres**. Ce dernier nous a transmis un exemple très parlant à ce sujet : *« Au cours de ces derniers mois, on s'est rendu compte qu'il y avait aussi d'autres financements parallèles, la Fondation Roi Baudouin par exemple, qui avait renforcé ces 13 structures pour initier des projets novateurs, pour encadrer des problématiques inhérentes à la gestion de la crise COVID. Et donc, pour éviter les chevauchements et pour être dans une perspective de mutualisation des efforts, éviter les gaps et les chevauchements, on s'était dit qu'on allait se concerter et mettre autour de la table l'ensemble des acteurs qui viennent au chevet quelque part de ces établissements, ce qui a facilité une certaine concertation dite plus ou moins par ajustement mutuel, par le fait que les uns et les autres connaissent un peu les rôles et les missions de tout un chacun »*.

Consulter un maximum les acteurs de terrain et avoir leurs retours pour faire évoluer les mesures entreprises est un autre aspect fréquemment souligné, comme illustré par PP3 : *« Il y a des personnes de terrain que j'avais constamment au téléphone ou devant l'ordinateur, des coordinateurs de réseaux, des psychologues ou encore des éducateurs qui m'expliquaient les difficultés qu'ils rencontraient. Au début de la crise on avait une moins bonne connaissance des capacités de ce virus mais c'est vraiment le travail de parole, de dialogue et de coordination qui a été le plus important dans cette gestion de crise et puis, quand on ne sait pas ce qu'on va être à même de mettre en œuvre, on tente de ne pas en parler tout de suite car il ne faut pas*

donner de faux espoirs. J'ai toujours eu à l'esprit d'essayer de ne pas décevoir les professionnels et d'essayer d'avancer avec eux, avec les besoins et de les faire remonter tout de suite ». Se concerter pour mieux représenter les dires, les demandes et le vécu des acteurs de terrain était aussi très important pour PP1 : *« Notre mission principale, c'est l'appui au secteur. On a pu entrer en contact avec pas mal de personnes du terrain et vu qu'on communique beaucoup entre nous, on a essayé au maximum de faire l'écho de ces demandes. Si quelqu'un a une demande qui le concerne moins, il peut la transmettre, quelqu'un d'autre peut s'en saisir et c'est comme ça qu'il peut y avoir des échanges constructifs qui aident à construire une assez bonne vue de ce qui se passe sur le terrain ».*

Toutefois, nous avons constaté lors de nos entretiens que la perception des soignants diffère de la vision des pouvoirs publics sur cette sous-thématique relative à la concertation des intervenants du giron de la santé mentale. Les praticiens interrogés relèvent un **problème communicationnel** de la part des décideurs dans la gestion de la pandémie à leur niveau et regrettent qu'ils n'aient pas réagi beaucoup plus rapidement en début de crise pour encadrer les structures car, dès le premier confinement, le secteur de la santé mentale tirait déjà la sonnette d'alarme. PS7 nous dit : *« Nos décideurs voulaient notre bien et nous protéger et ils étaient très certainement entre le marteau et l'enclume mais nous aussi. On voulait de notre côté prendre soin de nos usagers et on avait peu de matériel pour assurer ça donc c'est là qu'il y avait une forme de violence. Ils ne se rendaient pas compte que, si on n'était pas sur le terrain, il y a toute une partie de la population qui était en souffrance aussi. C'est là où moi, en tant qu'employé, j'ai l'impression qu'il y avait un fossé au niveau de la communication ».*

PS6 estime que, si nos décideurs ont été à l'écoute des attentes du secteur de la santé mentale, **le secteur propre aux assuétudes a, quant à lui, été laissé pour compte** : *« Une plateforme de concertation et d'écoute a été mise en place, il y avait différents représentants mais on ne savait pas très bien qui étaient ces représentants et ce qu'il y a de certain c'est que la FEDITO par exemple, qui est la fédération des institutions en toxicomanie, n'était pas dans la plateforme et donc tout le secteur assuétudes n'était pas représenté. De par ma fonction, j'ai écrit un courrier en disant que je m'étonnais et que j'étais mécontent de me rendre compte qu'à nouveau le secteur des assuétudes était laissé pour compte mais je n'ai pas reçu de réponse ».*

Il s'agit là d'un constat étonnant sachant que PP4 nous précisa que les fédérations en santé mentale sont des parties prenantes dans le processus de gestion de la crise sanitaire.

Le professionnel PS4 estime quant à lui que la **FEDITO a joué un rôle important en matière d'échange et de concertation en tant qu'intermédiaire** entre les professionnels de terrain et l'AVIQ : *« La FEDITO a vraiment repris toutes nos demandes, nos idées, nos besoins en compte. La fédération a tout rassemblé pour que l'AVIQ ait les demandes en une fois. Je pense que s'ils avaient dû avoir les demandes des 26 centres d'assuétudes, ils seraient devenus fous. Ce n'était peut-être pas plus mal que quelqu'un rassemble un peu tout ».*

La collaboration avec les professionnels du secteur représente une part importante du travail mené par les pouvoirs publics et leurs partenaires dans ce contexte de pandémie. Le **besoin des pouvoirs publics de savoir comment les ressources octroyées ont été concrètement utilisées** s'est fait fortement ressentir au cours des différents entretiens menés.

Les comités d'accompagnement sectoriels et le comité de pilotage transversal explicités précédemment par PP4 ont des missions qui contribuent à viser cet objectif. Des précisions quant aux rôles de ces deux instances sont apportées par PP2 : *« De manière à suivre l'évolution de la situation et voir de quelle façon ce budget allait pouvoir être utilisé, un comité de pilotage transversal s'est constitué. L'idée c'est à la fois d'avoir des échos du terrain sur comment ça se passe, comment les mesures sont implémentées dans les services, voir si les services ont pu engager et de quelle manière, quels types d'engagements ont pu être faits. Et puis il y avait les comités d'accompagnement sectoriels où l'enjeu était d'identifier et de définir des indicateurs qui allaient permettre plus précisément, pour chaque catégorie de services, de suivre la mise en place de ces mesures sur le terrain ».*

PP4 apporte également dans son discours des informations complémentaires quant au **système de monitoring** mis en place par l'AVIQ afin de connaître précisément ce que les services ont retiré de l'enveloppe octroyée. Il a été demandé à plusieurs services de remplir des **formulaire d'évaluation** des moyens comprenant **quatre types d'indicateurs** à compléter via une application dénommée « Plasma ». Les deux premiers types sont des indicateurs de ressources qui relèvent des spécificités techniques et la quantité de personnel et d'équivalents

temps plein engagés. Les deux seconds types sont des indicateurs d'utilisation afin de constater le type et la nature des interventions qui se trouvent derrière la prise en charge, le délai d'attente ainsi que la provenance de la demande et le public auquel ces interventions numériques s'adressent. Cet extrait de PP4 illustre cela : « *L'AVIQ a mis en place un système de monitoring pour prendre connaissance, parmi les moyens octroyés, de ce qui a concrètement été utilisé, quels ont été les pourcentages de recrutement pour savoir s'il y a une couverture plus efficace. Les interventions plus spécifiques au cours de ces derniers mois, leurs volumes et les délais d'attente ont aussi été monitorés pour voir s'il y a un impact car les délais d'attente sont évidemment assez longs et c'est ce qu'on reproche bien souvent au secteur de la santé mentale* ». Ce système d'évaluation constitue un outil important selon PP3 : « *On a énormément travaillé. C'est toute une articulation qui est complexe évidemment mais c'est une crise qui éveille plein de choses. Il fallait pouvoir augmenter les moyens mais aussi **mettre des indicateurs d'appréciation derrière pour pouvoir avancer*** ».

PP4 nous précise que la procédure d'encodage sur la **plateforme Plasma** est quelque peu différente en fonction du type de services. Les SSM généralistes non spécialisés doivent, quant à eux, remplir un questionnaire qualitatif. Les données en cours de collecte par le système de monitoring ne sont actuellement pas publiques déclare PP4 lors de notre entrevue.

PP2 précise également une autre initiative allant dans ce sens : « *Des **intervisions** pour les directions administratives des services de santé mentale ont été mises en place. Ce sont des moments d'échanges pour voir comment ils mettaient les choses en place, comment ils s'organisaient, quels étaient les outils dont ils avaient besoin* ».

Dans la vision que PS8, en tant que praticien, nous décrit des échanges entre le terrain et les pouvoirs publics, le **terme de supervision serait plus adéquat à celui de concertation** : « *En plein milieu de la tempête, on doit en plus rendre des comptes par rapport à une inspection qui se veut simplement un soutien dans le discours de la région wallonne mais qui est quand-même une forme de contrôle car on sait bien que la région wallonne est notre pouvoir subsidiant. On vient nous poser un tas de questions pour nous demander ce qu'on a fait, comment on l'a fait, ce qu'on n'a pas fait, etc. Il y a une vérification qui a été menée sur le*

terrain, on a aussi dû fournir des explications par écrit et ça, déjà même avant le 2ème confinement ».

Discussion

Synthèse des résultats pertinents et intégration du cadre théorique

Les résultats qui ressortent de cette étude qualitative réalisée auprès des quatorze acteurs interrogés nous permettent d'apporter des éléments de réponse à la question de recherche initiale, qui, pour rappel, est la suivante : *« Comment, sur base des mesures prises par les pouvoirs publics, les professionnels en Wallonie ont-ils implémenté la télépratique afin de répondre aux besoins des patients souffrant d'assuétudes au cours de la première vague de COVID-19 ? »*

Avant que la COVID ne contraigne les Centres de Santé Mentale prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes à fermer leur porte en mars 2020, la majorité des professionnels interrogés n'avaient aucune expérience en termes de téléconsultations et n'avaient pas non plus envisagé d'adjoindre des outils numériques à leur pratique de soins traditionnelle. Cependant, la crise COVID est venue ébranler leur travail au quotidien. Leur préoccupation principale étant d'assurer la continuité des soins et de maintenir le lien avec leurs patients, ils ont cherché des solutions, ont été créatifs et innovants démontrant ainsi une faculté d'apprentissage et d'adaptation inattendue dans un contexte d'une grande complexité.

Ils se sont ainsi tous plongés dans l'inconnu, pour la plupart sans suivre de formations spécifiques et se sont familiarisés, tant bien que mal, étant des professionnels de la santé mentale et pas du numérique, à l'utilisation d'applications variées qu'ils ont souvent combinées entre elles. Le téléphone s'est imposé comme premier moyen de communication pour conserver le lien à distance avec les usagers. Ce constat concorde avec les résultats de l'étude belge intermutualiste sur les consultations à distance en première vague de pandémie recensant 95% des téléconsultations par le biais du téléphone portable contre 5% par vidéoconsultations (Avalosse et al., 2020).

Hormis le téléphone, des téléconsultations par *chat*, par vidéo et des ateliers virtuels à visée thérapeutique ont été menés par nos répondants via des plateformes non dédiées spécifiquement aux soins de santé telles que : Facebook, Messenger, WhatsApp, Skype, Zoom et Teams. Pour venir en soutien au secteur, la *Task Force Data and Technology against Coronavirus* a vu le jour fin mars 2020. Comme exposé dans le cadre théorique ainsi que dans les résultats des entretiens, cet organe d'appui a émis des recommandations sur l'utilisation de plateformes utiles et sécurisées pour recourir à des consultations sans contact physique. ClickDoc, CommuniCare, Doctena, FaceTalk, Helena et Telemedi y sont les plateformes hautement recommandées. Si WhatsApp y est un outil avec un degré de recommandation « acceptable », Skype et Zoom n'y sont, quant à eux, pas recommandés mais la Task Force conseille néanmoins des mesures de sécurité supplémentaires à suivre dans le cas où ces applications seraient malgré tout utilisées par les praticiens (Portail des services de l'e-Santé, 2020).

Notre constat auprès des professionnels interrogés est qu'ils n'ont pas pris connaissance, ni, de ce fait, pris en considération les recommandations formulées par les pouvoirs publics en matière d'e-santé à leur encontre. Les décideurs tenaient à cœur, de leur côté, de soutenir au mieux le secteur et cela s'est notamment traduit par de l'information continue et en abondance. Face à cette déferlante, les professionnels se sont parfois sentis perdus et sont, selon eux, très certainement passés à côté d'informations très intéressantes qui auraient pu favoriser une implémentation de meilleure qualité, notamment en étant mieux formé et en pouvant s'orienter vers des outils numériques plus appropriés. Ils ont ainsi reconnu avoir été littéralement noyés par une pluie d'informations en période de crise tout en devant faire face à l'urgence et assurer la continuité des soins de leurs patients. Leur choix pour les outils numériques de prise en charge à distance utilisés repose, selon leurs dires, sur quatre critères : la facilité d'utilisation, l'expérience des confrères vis-à-vis de l'outil, l'accessibilité aux ressources matérielles nécessaires pour le professionnel et surtout, pour le patient.

Un premier obstacle à l'implémentation de la télépratique à épingle est étroitement lié aux ressources financières avec le constat que tous les Services de Santé Mentale en Wallonie ne sont pas égaux sur ce point. Certains centres, qui reposent sur une structure solide, bénéficient d'un équipement plus important et professionnel contrairement à d'autres qui sont

nettement plus démunis. Si les subsides octroyés par les pouvoirs publics ont permis aux premiers d'adapter l'équipement existant, il n'a pas été suffisant aux autres, très pauvres en matériel informatique à la base, d'autant plus que le forfait digitalisation a été octroyé tardivement, après la première vague COVID. Cela a conduit plusieurs praticiens rencontrés à prendre des initiatives et à investir à titre personnel dans l'achat d'un GSM de dernière génération ou même d'un PC portable, pour pouvoir exercer en distanciel et veiller de la sorte à assurer la continuité des soins.

Dans une étude du KCE, présentée dans le cadre théorique, ce manque de moyens financiers et techniques était mentionné comme une des réticences au recours aux soins numériques pour les soignants, tout comme le manque d'information, de connaissance et de formation en matière d'e-santé (Mistiaen et al., 2020). Ces constats convergent donc avec nos résultats d'entretiens puisqu'ils sont aussi relevés par nos répondants comme constituant des freins à l'implémentation.

Ce rapport de synthèse du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé a également soulevé un autre obstacle important pouvant être confronté aux résultats de nos interviews. Il s'agit de la disposition des ressources matérielles nécessaires aux téléconsultations par le patient ainsi que les capacités de celui-ci à les utiliser (Mistiaen et al., 2020). Nos entretiens ont mis en avant que l'accessibilité aux soins à distance en période de première vague COVID était fortement dépendante de l'équipement du patient et conditionnait la continuité de sa prise en charge. Il est clair qu'une partie du public concerné par des problèmes d'assuétudes vit dans une grande précarité. Des professionnels interrogés, tentant de maintenir le lien avec le plus grand nombre, ont essayé de pallier certains manquements en fournissant du matériel, en conseillant des lieux de connexion gratuits au réseau internet pour le patient ou encore en proposant des modalités de consultations adaptées par téléphone quand c'était possible. Dans le cas de consommateurs de drogues précarisés, l'implémentation à distance par ce biais a parfois posé problème, les soignants ayant constaté que ces usagers changeaient régulièrement de numéro de téléphone par peur d'être identifiés dans des activités illicites. Les soignants ne parvenaient donc plus à les joindre et le lien a été rompu. Le recours aux télépratiques s'avère donc très compliqué voire impossible pour une partie du public en prise avec des problèmes d'assuétudes. Il a aussi été fait mention, dans la littérature scientifique consultée (De Witte et

al., 2020), du fait que les professionnels de la santé se questionnent sur la performance, l'utilité et la pertinence de réaliser des consultations en ligne avec certaines populations. Un des praticiens interrogés a suggéré que les pouvoirs publics se penchent sur l'octroi d'un subside pour ce profil de patients afin de leur permettre d'accéder à des ressources matérielles. Ces propos mettent en lumière la complexité de la situation, la nécessité d'avoir une vision large et la difficulté de soutenir toutes les parties prenantes de cette implémentation.

D'autres réticences au recours à la télépratique telles que des craintes d'ordre déontologique, éthique et des préoccupations quant à la surcharge de travail des soignants ont été relevées dans le cadre théorique de ce mémoire (Mistiaen et al., 2020). Celles-ci se sont, en grande partie, confirmées dans nos résultats d'entretiens et peuvent aussi être citées comme des freins à l'instauration de la télépratique. Des difficultés éthiques ont été mentionnées par les professionnels interrogés ainsi qu'un manque d'intimité pour les patients n'ayant pas les capacités de s'isoler pendant la téléconsultation. Cette impossibilité de disposer d'un espace calme et adapté a également été recensée dans l'étude internationale portant sur les consultations en ligne dans le domaine des soins de santé mentale pendant l'éclosion de la COVID-19 réalisée auprès de 2.082 soignants dont 250 belges (De Witte et al., 2020). Quant à l'étude belge intermutualiste sur les téléconsultations en cette même période, elle mentionnait que 54% des patients ayant eu recours à ces modes de prestations craignaient que leurs données médicales ne soient pas suffisamment sécurisées (Avalosse et al., 2020). Ce constat ne fut que très peu relevé lors de nos entretiens. Le professionnel devait néanmoins veiller au consentement du patient et assurer le respect de la confidentialité des données. Enfin, les télépratiqués ont également occasionné, pour la plupart des participants à cette étude, une surcharge de travail administratif et clinique.

L'absence de cadre légal reconnaissant la télémédecine au niveau du système de santé belge constitue aussi un obstacle observé dans le rapport du KCE (Mistiaen et al., 2020). Comme exposé dans le dernier chapitre du cadre théorique de ce travail, la Belgique ne disposait, préalablement à la crise, ni de cadre juridique encadrant la télépratique, ni de dispositifs de remboursement de ces prestations. Il n'existait pas non plus de législation spécifique concernant la confidentialité et la sécurisation des données en ce qui concerne les consultations à distance. On peut vraisemblablement supposer que ce défaut d'encadrement n'a

pas facilité l'implémentation des télépratiques, obligeant ainsi les décideurs politiques à agir en conséquence face à l'urgence de la situation via des mesures exceptionnelles. Il serait intéressant de réaliser une étude comparative sur le sujet chez nos voisins français et hollandais pour qui un cadre légal était déjà déployé depuis plusieurs années. Ce point met également en avant une opportunité, engendrée par la crise, de déploiement d'un cadre légal cohérent, reconnaissant la télémédecine et remboursant ce type de prestations sur base des enseignements tirés par les différentes parties prenantes.

Soulevons tout de même que depuis le 20 janvier 2021, l'INAMI rembourse désormais les applications médicales de niveau trois selon la pyramide de validation intitulée : « *Mobile health Belgium* ». Le développeur d'une application peut, via l'envoi d'un formulaire de demande auprès de l'INAMI, faire une demande d'intégration de son application au système de santé et de remboursement s'il pense que celle-ci répond aux critères des trois niveaux de la pyramide (Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, 2021a). Ce projet vit initialement le jour en 2018 en réponse au point 19 de la *roadmap* du plan d'action fédéral e-santé 2015-2018 portant sur les applications mobiles de santé. Effectivement, cette pyramide permet une classification en trois niveaux en fonction des critères auxquels l'application en question répond : le niveau M1 qui reconnaît l'application comme un dispositif médical CE certifié, le niveau M2 qui reconnaît ensuite que l'application est connectée en toute sécurité et enfin, le niveau M3 qui reconnaît les deux niveaux précédents et qui correspond aux applications pouvant être intégrées au système de santé et remboursées par l'INAMI. Ce projet fut concrétisé par *beMedTech*, la fédération belge des technologies médicales et Agoria, la fédération belge de l'industrie technologique en concertation avec l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS) responsable du niveau M1, la *eHealth-platform*, responsable du niveau M2 et l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité responsable du niveau M3 (mHealthBELGIUM, 2020). Cela représente une avancée non négligeable par les pouvoirs publics pour le développement des soins numériques en Belgique.

La revue de littérature a aussi révélé que la télépsychiatrie restait encore trop peu implantée en Europe avant la crise sanitaire à cause de la crainte qu'ont les professionnels de la santé sur ses effets dans la relation thérapeutique et la perte d'une partie du langage non verbal. En période COVID, le recours à la technologie par la force des choses a obligé des

soignants qui n’y étaient pas spécialement favorables à faire entrer les télépratiques dans leur quotidien et il semble que cela ait fait tomber certaines barrières auprès de praticiens interrogés. Nos résultats d’entretiens nous ont ainsi confirmé ce qu’avançait notre cadre théorique : la COVID-19 a indéniablement eu un effet accélérateur sur l’implémentation de pratiques de soins ayant recours aux Technologies de l’Information et de la Communication.

A côté de la phase d’adaptation et d’apprentissage nécessaires pour réaliser les téléconsultations, les centres ont également mis en place d’autres modalités pour assurer la distanciation sociale avec leurs patients ainsi qu’avec leurs collègues. Ces derniers ont réorganisé leur travail en interne en aménageant leurs plages de télétravail et leurs réunions d’équipe en distanciel, principalement via l’outil Teams. Certaines tâches administratives se sont également vues virtualisées comme, par exemple le système de paiement et de comptabilité des prestations ainsi que la gestion électronique des prescriptions médicales, rendue possible grâce à une collaboration avec les pharmacies. Les professionnels de la santé interrogés ont donné peu de précisions quant à la délivrance de prescriptions médicales de manière informatisée. Toutefois, certains centres mentionnent s’être concertés avec les pharmacies se trouvant dans leur région pour convenir des modalités d’envoi électronique par e-mail. La littérature mentionnait, pour rappel, qu’en période de crise, la prescription médicale informatisée en version papier ne devait plus être transmise au patient mais uniquement le code RID (Institut National d’Assurance Maladie-Invalidité, 2021c).

Les thérapeutes interrogés ont aussi observé, en première vague COVID, un gel des nouvelles demandes de suivi. Selon eux, peu de nouveaux patients ont entamé une thérapie distancielle à cette période. Les praticiens ont de plus soulevé la difficulté d’entamer une prise en charge en distanciel sans avoir préalablement rencontré physiquement le patient. Les téléconsultations qu’ils ont menées au cours de la première vague COVID se sont principalement adressées aux patients en cours de suivi. Dans le même sens, l’enquête intermutualiste belge publie, dans ses résultats, que les téléconsultations ont d’autant plus été réalisables pour les patients déjà en cours de traitement, préalablement à la crise sanitaire : plus de 75% des prises en charge à distance réalisées auprès d’un médecin spécialiste, d’un psychiatre ou encore d’un psychologue ont remplacé une consultation physique qui était préalablement planifiée avec le patient (Avalosse et al., 2020).

Il n'a pas été mis en exergue par les professionnels de la santé lors de notre analyse de terrain que la télépsychiatrie offrait, selon eux, des résultats cliniques équivalents aux traitements en face en face pour les patients souffrant d'assuétudes, comme le mettent en avant certaines études exposées dans le cadre théorique (Backhaus et al., 2012) (Hilty et al., 2013) (Machado et al., 2016) (Rees & Maclaine, 2015) (De Witte et al., 2020) et un basculement complet en distanciel n'est d'ailleurs pas envisageable à l'avenir pour eux. Cependant, il faut prendre en compte que, pour la majorité des répondants, la télépratique a été implémentée au cours d'une période d'urgence sanitaire, sujette à des difficultés considérables, des appréhensions et des remises en question. On peut vraisemblablement penser que les conditions d'implémentation n'étaient donc pas optimales, les téléconsultations étant considérées comme une bouée de sauvetage pour conserver le lien entre le patient et le praticien. Avec du recul et en y apportant des améliorations via un plan d'encadrement concret, les propos des professionnels en termes d'équivalence d'efficacité pourraient être différents. Nos répondants s'accordent d'ailleurs à dire que la télépratique offre des bénéfices tant pour les professionnels que pour certains patients et que ces pratiques de soins à distance constituent effectivement des méthodes complémentaires (Van Daele et al., 2020) qu'ils envisagent d'ailleurs de poursuivre, pour une partie d'entre eux, en complément d'un suivi traditionnel en présentiel après la crise sanitaire. Les bénéfices mis en avant par les soignants nous permettent de mieux comprendre pourquoi et en quoi une prise en charge hybride dans le futur est perçue favorablement. Les aspects positifs relevés en période de première vague constituent des éléments facilitateurs à la poursuite de l'implémentation de la télépsychiatrie pour les patients souffrant d'assuétudes.

Des bénéfices orientés vers les soignants ont d'abord été exprimés dans le cadre de notre étude. L'occasion de se réinventer, de découvrir de nouvelles expériences, de ne pas s'encroûter dans des pratiques de soins routinières, d'apprécier le travail à la maison sans devoir faire des trajets ainsi qu'une meilleure gestion du stress sont des éléments cités par les professionnels qui montrent, malgré les difficultés rencontrées et les émotions négatives parfois exprimées, qu'une vision positive de ces changements est partagée par une part importante des participants. L'étude internationale de mars 2020 de De Witte & al sur les téléconsultations a également mis en avant le fait que, malgré la crainte des praticiens belges vis-à-vis de ces modes de prestations, des expériences positives sont partagées par la plupart des professionnels de la santé.

Des bénéfices orientés vers les patients ont aussi été exprimés dans le cadre de notre étude. Les résultats de nos entretiens ont mis en avant que la télépratique ne rencontrait pas toujours l'adhésion des patients ou qu'elle n'était pas appropriée pour certains d'entre eux, ce qui a mis la continuité des soins à rude épreuve. Par contre, pour ceux qui étaient dans des conditions favorables d'implémentation et acceptaient ce mode de prise en charge, des aspects pratiques et des bénéfices inattendus ont été pointés du doigt.

Des bienfaits au niveau de l'alliance thérapeutique ont tout d'abord été partagés et, plus précisément, au niveau de la communication entre le patient et son thérapeute. Il a été constaté que certains patients se livraient davantage et que les téléconsultations étaient propices à l'instauration d'un climat de confiance. L'organisation des ateliers à visée thérapeutique en mode virtuel par un de nos répondants a aussi montré que les patients étaient plus attentifs qu'en présentiel et davantage à l'écoute les uns des autres. En termes de sevrage, les téléconsultations ont été particulièrement intéressantes aussi car un suivi quotidien et un soutien régulier à distance étaient ainsi rendus possibles. La littérature scientifique à ce propos relève également que les interventions numériques sont particulièrement efficaces pour réduire la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives chez les usagers et les inciter à une consommation à faible risque (Riper et al., 2014) (Lin et al., 2019), ce qui converge avec nos résultats.

Un des soignants mentionne encore que les téléconsultations rendaient la délivrance de prescriptions médicales plus aisée, ce qui convenait très bien à certains patients. Cela facilite, certes, l'accès au traitement. Toutefois, nous pouvons tout de même nous interroger sur cette méthode et sur sa qualité en termes d'encadrement thérapeutique si celle-ci n'est pas accompagnée d'un suivi psychosocial. Les résultats de l'enquête belge intermutualiste portant sur un échantillon de 100 000 personnes ayant entrepris au moins une téléconsultation au cours de la période de mars à mai 2020 apportent des éléments convergents et complémentaires à ce sujet : plus de 75% des répondants disent être satisfaits, voire très satisfaits, par une prise en charge distancielle même si, selon plus de 60% d'entre eux, les téléconsultations devraient rester exceptionnelles. Cependant, 86% estiment que ce mode de prise en charge pourrait être poursuivi afin de se faire délivrer de nouvelles prescriptions médicales plus facilement (Avalosse et al., 2020).

Les sources de satisfaction, les facilités et les avantages pour les patients peuvent, dans une certaine mesure, être qualifiés d'éléments favorisant l'implémentation de la télépratique pour les soignants. De fait, constater les effets bénéfiques des téléconsultations sur le suivi et la prise en charge des patients contribue à renforcer leur motivation et à les encourager à poursuivre l'implémentation des outils numériques dans leur pratique de soins.

Plusieurs soignants contactés ont également mentionné que cette modalité de prise en charge a permis de réduire l'absentéisme. Ils ont constaté un taux de participation du patient plus élevé. Le fait que les patients soient, mesures sanitaires obligent, confinés chez eux, a facilité la mise en place d'un suivi ponctuel, plus assidu, réduisant ainsi les absences au rendez-vous souvent observées chez ce public cible en présentiel. Comme mentionné également dans la revue de littérature, en cette période de pandémie, les usagers de drogues constituent un public particulièrement vulnérable d'un point de vue physique, psychique, social, économique et il est aussi plus enclin à contracter la COVID-19 (Stévenot, 2020). Ces nouvelles modalités de prise en charge ont également permis d'éviter au maximum tout risque de contamination.

Enfin, un de nos répondants a mentionné que les téléconsultations facilitaient l'accès aux soins pour les patients de sexe féminin souffrant de problèmes d'assuétudes étant donné que la consommation des femmes est plus masquée et passée sous silence. L'étude de De Witte & al stipule que réaliser une consultation à distance dans l'environnement personnel du patient contribue de la sorte à réduire la stigmatisation.

Notre analyse de la revue de littérature et nos entretiens avec les pouvoirs publics et leurs partenaires nous ont également éclairés sur les différentes mesures d'aide et de soutien mises en place en Belgique au cours de cette crise sanitaire pour épauler les professionnels de soins de santé mentale lors de l'implémentation des télépratiques. Étant donné que le secteur était déjà demandeur depuis bien longtemps, le support apporté par l'AVIQ ainsi que les mesures de soutien du cabinet de la ministre Morreale contribuant à faciliter l'implémentation des télépratiques ont été accueillis favorablement. Une crainte a cependant été émise par les professionnels en ce qui concerne l'octroi d'équivalents temps plein supplémentaires limités dans le temps. Les praticiens ont en effet pointé du doigt que les demandes de prise en charge en assuétudes lors de la première vague étaient restées relativement stables avec peu de

nouvelles prises en charge de patients par téléconsultations. Un constat divergeant comparativement à ce qui a été relevé par l'étude de Sciensano auprès d'intervenants de centres de traitement spécialisés et d'institutions en contact avec les personnes qui utilisent des drogues émettant que seulement 20% des centres de santé mentale spécialisés en assuétudes en Belgique estiment que la fréquentation de leur structure est restée stable en première vague de pandémie de COVID-19 contre 60% qui disent avoir constaté une diminution de la demande (Antoine et al., 2020). Toutefois, les soignants interrogés dans le cadre de notre étude ont précisé que, dès le second confinement en novembre 2020, ce n'était plus du tout le cas. Ils ont observé alors un net accroissement des demandes car la persistance du virus dans le temps, les vagues successives de confinement et la crise économique qui en découle ont indéniablement eu un impact sur la santé mentale de la population. Le dernier tableau de bord de 2020 d'Eurotox sur l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires en Wallonie apporte la confirmation que : *« l'on peut s'attendre, à moyen terme, à une augmentation significative des usages problématiques, en particulier d'alcool, de cannabis et de médicaments psychotropes »* (Stévenot & Hogge, 2021, p. 272). Face à cela, les professionnels de la santé interrogés estiment que les moyens délivrés par les pouvoirs publics doivent être envisagés sur du long terme pour permettre au secteur de se réorganiser.

Du côté des décideurs, nos entretiens auprès des membres des pouvoirs publics ont révélé une réelle prise de conscience de cette situation problématique, un profond respect pour les initiatives en téléconsultations menées par les praticiens dans l'urgence ainsi qu'une écoute attentive des revendications du secteur. Les fédérations, en tant que partenaires dans cette crise, ont, d'après la majorité des professionnels interrogés, pleinement rempli leur rôle d'interlocuteur en filtrant, synthétisant et relayant auprès des instances publiques les informations collectées sur le terrain. Les pouvoirs publics ne peuvent cependant pas se réinventer du jour au lendemain. Les mesures décidées et octroyées doivent également s'accompagner d'un processus d'évaluation, d'où la mise en place d'un système de monitoring qui a parfois été mal perçu par nos répondants. Les praticiens s'estimaient davantage contrôlés que soutenus, pressés à rendre des comptes à un pouvoir subsidiant dont ils dépendent financièrement et ce, dans un contexte professionnel qui les place en relation directe avec le patient et en première ligne pour assurer la continuité des soins. Tout est une question de perspectives et la réalité des uns n'étant pas la réalité des autres, des professionnels ont eu

tendance à se sentir abandonnés. De plus, le fait que les données liées au suivi systématique des patients pendant la première vague de COVID-19, collectées dans le cadre de ce monitoring et transmises par les structures aux décideurs, ne soient pas encore connues et rendues publiques après plusieurs mois de crise sanitaire ne rend pas le système d'information suffisamment transparent. On peut ainsi se questionner sur l'influence de cette collecte de données dans l'adaptation des mesures prises par les décideurs pour le secteur.

Enfin, sur ces rapports entre les pouvoirs publics et les professionnels de santé, nous concluons par le constat que, même si d'après les dires des répondants la concertation en distanciel de nombreux acteurs en lien avec la santé mentale s'est avérée complexe, la pandémie a permis l'éclosion de nouvelles opportunités de collaboration pour créer des synergies et mutualiser les efforts de chacun en tenant compte des réalités de terrain.

Les forces de l'étude

Cette étude sur l'implémentation de la télépratique porte tout d'abord sur un sujet d'intérêt dans la littérature liant la santé mentale aux technologies numériques. Elle est, de plus, totalement d'actualité en cette période pandémique au cours de laquelle la distanciation sociale est imposée et les téléconsultations sont en phase de développement.

La recherche exploratoire qui est menée nous paraît également innovante du fait qu'elle porte sur un public bien spécifique : les patients en prise avec des problèmes d'assuétudes et soignés dans les Centres de Santé Mentale en Wallonie.

Enfin, interroger deux catégories d'acteurs étroitement liés avec le sujet a permis d'apporter un éclairage différent et complémentaire à propos de l'implémentation de la télépratique. Ainsi, les résultats des entretiens, riches en contenus, diversifiés en termes de perception des participants et appuyés par l'intégration de verbatims constituent également une des forces de cette étude.

Les limites et les biais de l'étude

Les limites sont tout d'abord spatiales car cette étude se concentre sur la région wallonne et sur un nombre limité de CSM ayant donné leur accord pour participer à cette recherche, et temporelles étant donné que la recherche se focalise sur une période bien précise : la première vague de la crise sanitaire liée à la COVID-19.

L'échantillon est dépendant de l'adhésion des différents participants et le manque de données chiffrées permettant d'apprécier certains constats provenant des professionnels constitue également une des limites de l'étude.

Enfin, nous considérons la durée de la recherche et de l'analyse, effectuée entre novembre 2020 et mai 2021, comme représentant également une limite.

Concernant les biais de cette étude, nous relevons tout d'abord un biais de sélection par le fait qu'il s'agit d'un échantillon de convenance et non d'un échantillon représentatif. Effectivement, les participants ont été sélectionnés sur base volontaire.

Au vu du contexte particulier induit par cette crise sanitaire, un biais de désirabilité sociale pourrait également survenir, notamment dans le cadre des entretiens auprès des pouvoirs publics ainsi qu'auprès de leurs partenaires. Ils pourraient dans le cadre de cette étude, faire preuve d'optimisme de manière exacerbée dans l'optique de prouver leur totale implication dans le soutien au secteur de la santé mentale malgré les difficultés rencontrées. Certains professionnels de la santé mentale, à fleur de peau en cette période compliquée, pourraient aussi, quant à eux, tenir des propos quelque peu démesurés.

Conclusion et perspectives pour la télépratique

Ce mémoire avait pour objectif de comprendre comment, en période de première vague de pandémie liée à la COVID-19, la télépratique fut implémentée par les professionnels exerçant dans des Centres de Santé Mentale prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes en Wallonie en vue de répondre à leurs besoins.

« Les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise » (Monnet, s. d.). Dans un monde déjà en constant remaniement, la pandémie a indéniablement joué un rôle de catalyseur, d'accélérateur de changement.

Malgré des réticences et des appréhensions, les soignants ont eu recours, dans l'urgence, à des suivis et des prises en charge thérapeutiques en distanciel. Ils ont employé, du mieux qu'ils le pouvaient et avec les moyens du bord, des applications diverses et variées non spécifiquement dédiées au domaine de la santé pour assurer tant bien que mal la continuité de soins et en ont même tiré des bénéfices non envisagés jusqu'alors, tant pour eux-mêmes que pour leurs patients.

Bien qu'elles soient perçues par certains comme insuffisantes, limitées dans le temps, arrivées tardivement et parfois véhiculées de manière inappropriée, des mesures de soutien et des dispositifs d'information ont également vu le jour grâce aux interventions des pouvoirs publics et de leurs partenaires, soucieux de soutenir au mieux le secteur.

A l'heure du bilan, des enseignements, les pistes de réflexion suivantes, et sans doute bien d'autres encore, sont à explorer et à coordonner avec les décideurs pour favoriser l'accessibilité à la télépratique et optimiser son implémentation comme outil de prise en charge complémentaire dans certaines circonstances et pour certains patients. L'emploi d'outils numériques plus professionnels, sécurisés et spécifiques pour les praticiens constitue une première piste. De telles applications existent bel et bien et sont d'ailleurs préconisées par nos décideurs. La création d'une plateforme d'échanges qui permettrait aux professionnels de la santé de partager leurs connaissances en matière de soins numériques, de poursuivre et de parfaire leur apprentissage constitue une seconde piste intéressante.

Le patient, quant à lui, doit rester au centre des préoccupations. Le fait qu'une telle modalité de prise en charge numérique soit inadéquate pour une partie des patients souffrant de problèmes d'assuétudes, compte tenu de leur situation précaire, constitue bien évidemment un frein considérable à cette implémentation. La mise en place, au niveau local, de lieux avec infrastructures partagées mettant à disposition de l'équipement de télécommunication pour les usagers les plus démunis et l'accès à davantage d'espaces publics proposant du Wi-Fi gratuit sont également des pistes à explorer pour réduire les inégalités sociales et élargir le champ d'application des télépratiques à ce public.

Au fil de nos recherches et de nos rencontres, nous avons constaté qu'en état d'urgence sanitaire, la télépratique fut incontestablement au service de la santé mentale et du secteur des assuétudes. Si l'on ne doit pas s'attendre à ce qu'elle devienne la règle, la technologie numérique est venue au secours des soignants et des patients et a bouleversé les pratiques traditionnelles de soins.

Qu'en sera-t-il à l'avenir ? Soignants et décideurs politiques sauront-ils, ensemble, tirer profit de leur expérience commune et des opportunités de développement engendrées par la crise pour poursuivre cette révolution numérique au service du patient ? On peut l'espérer. On peut surtout le décider et le mettre en œuvre !

Bibliographie

Adjorlolo, S., & Chan, H. C. (Oliver). (2015). Forensic Assessment via Videoconferencing : Issues and Practice Considerations. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 15, 185-204. <https://doi.org/10.1080/15228932.2015.1015363>

Agence pour une Vie de Qualité. (s. d.). *Accueil : Mission-Vision*. Consulté 29 mars 2021, à l'adresse <https://www.aviq.be/mission.html>

Agence pour une Vie de Qualité. (2020). *Plateforme Coronavirus AVIQ : Documents officiels relatifs au COVID-19 émis à destination des professionnels*. AVIQ. <https://covid.aviq.be/fr/documents-officiels>

American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux* (5ème). Elsevier Masson.

Antoine, J., Pletinckx, E., Van Baelen, L., & Gremeaux, L. (2020). *Analyse des conséquences de la crise du COVID-19 pour les centres de traitement spécialisés et les institutions en contact avec les personnes qui utilisent des drogues* (p. 1-5). Programme drogues : épidémiologie et santé publique - Sciensano. <https://feditobxl.be/2020/04/analyse-des-consequences-de-la-crise-du-covid-19-pour-les-centres-de-traitement-specialises-et-les-institutions-en-contact-avec-les-personnes-qui-utilisent-des-drogues-sciensano/>

Autorité belge de protection des données. (2020, avril 25). *COVID-19 et l'utilisation d'applications de santé : Principes à respecter*. <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/professionnel/themes/covid-19/applications-de-sante>

Avalosse, H., Henry, H., Hens, E., Willaert, D., Bruyneel, L., & Kestens, W. (2020). *Consultations à distance : Qu'en pensent les belges ? Une enquête intermutualiste (CIN-NIC)*. 14.

Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., Rice-Thorp, N. M., Lohr, J., & Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy : A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111-131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>

Bakhai, M., Croney, L., Waller, O., Henshall, N., & Felstead, C. (2020). *Using online consultations in primary care : Implementation toolkit* (p. 1-193). NHS. <https://www.england.nhs.uk/publication/using-online-consultations-in-primary-care-implementation-toolkit/>

Berger, T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions : A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(5), 511-524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>

Bergman, B. G., Kelly, J. F., Fava, M., & Eden Evins, A. (2021). Online recovery support meetings can help mitigate the public health consequences of COVID-19 for individuals with substance use disorder. *Addictive Behaviors*, 113, 106661. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106661>

Berryhill, M. B., Culmer, N., Williams, N., Halli-Tierney, A., Betancourt, A., Roberts, H., & King, M. (2019). Videoconferencing Psychotherapy and Depression : A Systematic Review. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 25(6), 435-446. <https://doi.org/10.1089/tmj.2018.0058>

Bureau régional de l'Europe. (2017, avril 4). *Lutter contre la dépression légère : « La thérapie cognitivo-comportementale en ligne était faite pour moi. »*. Actualité cybersanté. <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/Health-systems/digital-health/news/news/2017/04/tackling-mild-depression-icbt-was-perfect-for-me>.

Cabinet de la ministre Christie Morreale. (2020a). *Circulaire Coronavirus à l'attention des Opérateurs de la Santé mentale agréés et subsidés par l'AVIQ – Une stratégie pour la santé mentale des Wallons et des Wallonnes dans le contexte de la pandémie du Covid-19* (p. 1-8). <https://covid.aviq.be/fr/documents-officiels>

Cabinet de la ministre Christie Morreale. (2020b). *Circulaire Coronavirus à l'attention des services de santé mentale (SSM) agréés par l'AVIQ – Téléconsultation autorisée pendant la période épidémique COVID -19 – modalités de reprise d'activités présentielle—Modalités tarifaires, de facturation – mise à jour* (p. 1-3). <https://covid.aviq.be/fr/documents-officiels/sante-hopitaux-maisons-de-repos-accueil-de-jour-soins-domicile-sante-mentale-83>

Cabinet de la ministre Christie Morreale. (2020c). *Communiqué de presse à l'attention des fédérations, plateformes de concertations en santé mentale, aux centres de référence : Nouvelles mesures de soutien supplémentaires pour faire face à la crise sanitaire et à ses conséquences adoptées par le Gouvernement wallon pour le secteur de la santé mentale et des assuétudes* (p. 1-3). <https://www.cresam.be/faire-face-au-coronavirus-en-service-de-sante-mentale/>

Cellule Générale de Politique en matière de Drogues. (2018). *Monitoring des dépenses publiques en matière de drogues illicites, d'alcool, de tabac et de médicaments psychoactives, exercice 2014-2015*. (p. 1-2). CGPD. <https://news.belgium.be/fr/13-milliard-deuros-de-depenses-publiques-pour-la-politique-de-drogues-dalcool-de-tabac-et-de>

Churchill, W. (1945). *Citation de Winston Churchill : « Never let a good crisis go to waste »*.

Collège des médecins du Québec. (2015). *Le médecin, la télémédecine et les technologies de l'information et de la communication : Guide d'exercice*. Collège des médecins du Québec. <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2015-02-01-fr-medecin-telemedecine-et-tic.pdf?t=1509372815188>

Commission de l'éthique en science et en technologie. (2014). *La télésanté clinique au Québec : Un regard éthique—Avis pour le gouvernement du Québec*.

Conseil national de l'Ordre des médecins. (2017). *Avis du conseil national de l'Ordre des médecins concernant la plateforme de téléconsultations en ligne : ViVidoctor.com* (N° a157008). <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/qualite-des-soins/plate-forme-vividoctor-com-teleconsultations-en-ligne>

CRéSaM. (s. d.). *Quelques chiffres : Nombre de SSM agréées en Wallonie*. CRéSaM. Consulté 13 mai 2021, à l'adresse <https://www.cresam.be/sante-mentale/les-ssm/quelques-chiffres/>

CRéSaM. (s. d.). *Qu'est-ce qu'un SSM ?* Consulté 10 mai 2021, à l'adresse <https://www.cresam.be/sante-mentale/les-ssm/quest-ce-quun-ssm/>

De Witte, N. A., Carlbring, P., Etzelmueller, A., Nordgreen, T., Karekla, M., Haddouk, L., Belmont, A., Overland, S., Abi-Habib, R., Bernaerts, S., Brugnera, A., Duque, A., Ebert, D. D., Eimontas, J., Kassianos, A. P., Salgado, J., Schwerdtfeger, A., Tohme, P., Van Assche, E., & Van Daele, T. (2020, décembre 17). *Online Consultations in Mental Healthcare During the Covid-19 Outbreak : An International Survey Study on Uptake and Experiences*. 1-35.

Direction des soins de santé mentale de l'Agence pour une Vie de Qualité. (2020). *Circulaire Coronavirus à l'attention des Services de Santé mentale (SSM)- Téléconsultation autorisée pendant la période épidémique COVID -19—Modalités* (p. 1-2).

Dong, K., Meador, K., Hyshka, E., Salokangas, E., Burton-Macleod, S., Bablitz, C., Lail, P., Colizza, K., Etches, N., Cardinal, C., Twan, S., Gilani, F., Brooks, H. L., & Wild, T. C. (2020). *Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans un milieu de soins de courte durée pendant la pandémie de la COVID-19 : Guide pratique national—ICRAS - CRISM* (p. 1-61). Edmonton, Alberta : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. <https://bibbase.org/network/publication/initiativecanadiennederechercheenabusdesubstance-soutenirlespersonnesutilisatricesdesubstancesdansunmilieudesoinsdecourtedurependantlapandmiedelacovid19guidepratiquenational-2020>

FEDITO Bruxelloise. (2011). *Abécédaire : Vers une terminologie commune pour le secteur assuétudes*.

FEDITO Wallonne des institutions pour toxicomanes. (s. d.). *Réseaux d'aide et de soins spécialisés assuétudes en Wallonie*. Consulté 10 mai 2021, à l'adresse https://www.feditowallonne.be/Reseaux-aide-et-soins-assuetudes_48.html

Gisle, L. (2019). *Enquête de Santé 2018 (Belgique) : Usage des drogues* (p. 1-96). Sciensano. https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Rapports_complets_2018.aspx

Gisle, L., Drieskens, S., Charafeddine, R., & ET AL. (2019). *Enquête de santé 2018 (Belgique) : Style de vie* (p. 1-52). Sciensano. <https://his.wiv-isp.be/fr/SitePages/Summaries2018.aspx>

Gouvernement wallon. (2020). *Get up Wallonia : La stratégie régionale de l'après-crise—Note du gouvernement* (p. 1-7). <https://www.wallonie.be/fr/actualites/get-wallonia-la-strategie-regionale-de-lapres-crise>

Graziani, P., & Romo, L. (2013). *Soigner les addictions par les TCC* (Elsevier Masson). <https://www.elsevier-masson.fr/soigner-les-addictions-par-les-tcc-9782294715600.html>

Groupe Pompidou du Conseil de l'Europe, & Correlation - Réseau européen de réduction des risques. (2021). *La COVID-19 et les personnes qui consomment des drogues : Les interventions essentielles pour sauver des vies et protéger les personnes* (p. 1-36).

https://www.coe.int/fr/web/pompidou/home/newsroom//asset_publisher/PZZVaOxXW3wh/content/pompidou-group-publication-presents-experiences-and-responses-to-the-covid-19-pandemic-by-frontline-workers-and-people-who-use-drugs

Guaiana, G., Mastrangelo, J., Hendriks, S., & Barbui, C. (2021). A Systematic Review of the Use of Telepsychiatry in Depression. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 93-100. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00724-2>

Haute Autorité De Santé. (2019). *Qualité et sécurité des actes de téléconsultations et de téléexpertise : Guide de bonnes pratiques* (p. 1-28). https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/guide_teleconsultation_et_teleexpertise.pdf

Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health : A 2013 review. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 19(6), 444-454. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0075>

Hyshka, K., Dong, K., Meador, K., Speed, K., Abele, B., LeBlanc, S., McFarlane, A., McNeil, R., Salokangas, E., Schoen, E., & Wild, T. C. (2020). *Soutenir les personnes utilisatrices de substances dans les centres d'accueil pendant la pandémie de la COVID-19 : Guide pratique national* (p. 1-90). Edmonton, Alberta : Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances. <https://bibbase.org/network/publication/initiativecanadiennederechercheenabusdesubstancesoutenirlespersonnesutilisatricesdesubstancesdanslescentresdaccueilpendantlapandmiedelacovid19guidepratiquenational-2020>

Institut belge de santé Sciensano. (2020). *COVID-19 : Bulletin épidémiologique hebdomadaire du 26 juin 2020* (p. 41).

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. (2020a, mars 24). *Prescription de médicaments : Les prescripteurs peuvent transmettre au patient le code RID de la prescription électronique plutôt que la preuve sur papier*. <https://www.inami.fgov.be/fr/covid19/Pages/transmettre-code-rid-prescription-electronique.aspx>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. (2020b, août 3). *Tous les soins à distance pendant la crise COVID-19 : Aperçu général*. <https://www.inami.fgov.be/fr/nouvelles/Pages/dispenser-soins-distance-covid19-info-detaillee-chaque-profession-sante.aspx>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. (2021a, janvier 20). *Possibilité d'intégrer vos applications au système de santé et de remboursement*. <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/fournisseurs-implants/Pages/fabricants-distributeurs-applications-mobiles-medicales-notifiez.aspx>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. (2021b). *Tarifs—Prestations temporaires : Rétributions pour les prestations à distance sans contact physique, dans le cadre de la crise du COVID-19* (N° 3910/1840; p. 1-6). INAMI. <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/20200429-prestations-distance-tabel>

Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. (2021c, avril 2). *La dématérialisation de la prescription électronique*. <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/prescrire-medicaments/Pages/dematerialisation-prescription-electronique.aspx>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2020). *COVID-19 et la phase de rétablissement à la pandémie pour les personnes avec des problèmes de dépendance ou en situation d'itinérance* (p. 1-23). INESSS. <http://www.inesss.qc.ca/>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2021). *COVID-19 et la pratique de la téléconsultation en médecine de première ligne et médecine spécialisée : Principes généraux* (p. 1-46). INESSS. <http://www.inesss.qc.ca/>

Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *The American Psychologist*, 68(9), 791-800. <https://doi.org/10.1037/a0035001>

Kaiser, J., Hanschmidt, F., & Kersting, A. (2021). The association between therapeutic alliance and outcome in internet-based psychological interventions : A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 114. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106512>

Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M. S., Roby, D. H., & McMenamin, S. B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders : A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101, 38-49. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.03.007>

Lorant, V. (2019, novembre). *WESP1001/Introduction au système de santé et de soins en Belgique—Chapitre 1 : Gouvernance du système de santé* [Cours 1ère année de master en Santé Publique à l'UCL].

Lorant, V., Smith, P., Seeber, K., Van den Broeck, K., & Nicaise, P. (2020). *Etude Covid et moi—Evaluation de l'état de santé mentale et santé sociale de la population belge pendant la période du confinement : Résultats de la vague 1 et 2*. (p. 1-7). UCLouvain. <https://uclouvain.be/fr/instituts-recherche/irss/covid-et-moi.html>

Machado, D. de B., Laskoski, P. B., Severo, C. T., Bassols, A. M., Sfoggia, A., Kowacs, C., Krieger, D. V., Torres, M. B., Gastaud, M. B., Wellausen, R. S., Teche, S. P., & Eizirik, C. L. (2016). A Psychodynamic Perspective on a Systematic Review of Online Psychotherapy for Adults. *British Journal of Psychotherapy*, 32(1), 79-108. <https://doi.org/10.1111/bjp.12204>

Melamed, O. C., Hauck, T. S., Buckley, L., Selby, P., & Mulsant, B. H. (2020). COVID-19 and persons with substance use disorders : Inequities and mitigation strategies. *Substance Abuse*, 41(3), 286-291. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1784363>

mHealthBELGIUM. (2020). *Plateforme belge pour les applications mobiles de santé reconnues comme dispositifs médicaux*. <https://mhealthbelgium.be/fr/>

Mistiaen, P., Cornelis, J., Detollenaere, J., Devriese, S., & Ricour, C. (2019). *Organisation des*

soins de santé mentale pour les adultes en Belgique : Document de synthèse (Health Services Research N° 318B; p. 1-59). KCE. /fr/organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-adultes-en-belgique

Mistiaen, P., Devriese, S., Pouppez, C., Roberfroid, D., & Savoye, I. (2020). *Vidéoconsultations dans le suivi des patients atteints de maladies chroniques somatiques* (Health Services Research N° 328B; p. 1-151). KCE. https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_328B_video-consultations_pour_maladies_chroniques_somatiques_Synthese.pdf

Modus Vivendi, & Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles. (2020). *Résultats préliminaires de la première phase de l'enquête en ligne drogues&COVID en Belgique*. https://eurotox.org/wp/wp-content/uploads/Trans-european-COVID-19-survey_Belgique.pdf

Monnet, J. (s. d.). *Citation de Jean Monnet : « Les hommes n'acceptent le changement que dans la nécessité et ils ne voient la nécessité que dans la crise ».*

Morel, A., Couteron, J. p, & Fouilland, P. (2010). *Bases cliniques et conceptuelles des soins en addictologie*. <https://www.oppelia.fr/publication/bases-cliniques-et-conceptuelles-des-soins-en-addictologie/>

Morel, S. (2018). *Etat des lieux de l'intégration de la téléconsultation dans le système de santé : Origine, expérimentations, enjeux sanitaires et cadre juridique revue de la littérature* [Pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en pharmacie]. Claude Bernard.

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2020a). *Implications du COVID-19 pour les usagers de drogues (UD) et les personnels des services dans le domaine des addictions* (p. 1-6). EMCDDA. https://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/covid-19-and-people-who-use-drugs_fr

Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. (2020b). *Rapport européen sur les drogues 2020 : Tendances et évolutions (EMCDDA)* (p. 1-44). Office des publications de l'Union européenne. <https://feditobxl.be/fr/2020/09/rapport-europeen-sur-les-drogues-2020-tendances-et-evolutions-emcdda/>

Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles. (2019). *L'usage de drogues en Wallonie : Fiche de synthèse 2019* (p. 1-9). Eurotox. <https://eurotox.org/publications/publications-deurotox/>

O'Connell, J. J. (2004). Dying in the shadows : The challenge of providing health care for homeless people. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 170(8), 1251-1252. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040008>

Organisation Mondiale de la Santé. (1992). *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives : Utilisation nocive pour la santé—Définition description clinique CIM-10*. WHO; World Health Organization. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition2/fr/

Organisation Mondiale de la Santé. (2020, août 27). *Journée mondiale de la santé mentale : Une occasion de stimuler à grande échelle les investissements dans la santé mentale*. <https://www.who.int/fr/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health>

Palmer, F., Jaffray, M., Moffat, M. A., Matheson, C., McLernon, D. J., Coutts, A., & Haughney, J. (2012). Prevalence of common chronic respiratory diseases in drug misusers : A cohort study. *Primary Care Respiratory Journal: Journal of the General Practice Airways Group*, 21(4), 377-383. <https://doi.org/10.4104/pcrj.2012.00069>

Peretti-Watel, P. (2020). *Sociologie du risque et crises sanitaires : Un éclairage sur la pandémie du coronavirus—Sciences économiques et sociales*. Anne Chateaufort-Macclès. <http://ses.ens-lyon.fr/articles/sociologie-du-risque-et-crisis-sanitaires-un-eclairage-sur-la-pandemie-du-coronavirus>

Portail des services de l'e-Santé. (2020). *Le rôle de la Task Force « Data & Technology against Corona »*. <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/task-force-data-technology-against-corona/le-role-de-la-task-force-data-technology-against-corona>

Rees, C. S., & MacLaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259-264. <https://doi.org/10.1111/ap.12122>

Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., Ebert, D., & Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse : A meta-analysis. *PloS One*, 9(6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099912>

Rogers, H., Madathil, K. C., Agnisarman, S., Narasimha, S., Ashok, A., Nair, A., Welch, B. M., & McElligott, J. T. (2017). A Systematic Review of the Implementation Challenges of Telemedicine Systems in Ambulances. *Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association*, 23(9), 707-717. <https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0248>

Sacerdote, P. (2006). Opioids and the immune system. *Palliative Medicine*, 20 Suppl 1, 9-15.

Schwartz, B. G., Rezkalla, S., & Kloner, R. A. (2010). Cardiovascular effects of cocaine. *Circulation*, 122(24), 2558-2569. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.940569>

Sciensano. (2013). *La mortalité liée aux drogues en Belgique : Le nombre de décès (entre 15 et 64 ans) liés à la drogue basé sur le registre de la mortalité générale entre 2003 et 2013*. Epidémiologie des drogues en Belgique. <https://drugs.wiv-isp.be/drugs-and-figures/Drug-related-mortality/Pages/default.aspx>

Sciensano. (2020). *COVID-19 enquête sur les drogues : Résultats préliminaires sur l'usage et l'offre de substances illégales pendant la crise du coronavirus* (p. 1-19). Sciensano. <https://eurotox.org/>

Service Public De Wallonie. (2011). *Article 540 du Code Wallon de l'Action Sociale et de la*

<https://wallex.wallonie.be/eli/arrete/2011/09/29/2011027223/2011/12/31-1?doc=21579>

Service Public Fédéral Belge. (s. d.). *La Belgique : Sixième réforme de l'état*. Belgium.be - Informations et services officiels. Consulté 29 mars 2021, à l'adresse https://www.belgium.be/fr/la_belgique/connaitre_le_pays/histoire/la_belgique_a_partir_de_1830/constitution_de_l_etat_federal/sixieme_reforme_etat

Service Public Fédéral Sécurité Sociale. (2020). *Arrete Royal du 18/03/2020 executant diverses mesures exceptionnelles relatives a l'assurance obligatoire soins de sante et indemnites en vue d'une prise en charge des patients dans le contexte de la covid-19 pandémie avec le virus sars-cov-2* (N° 2020040672). https://www.etaamb.be/fr/arrete-royal-du-18-mars-2020_n2020040672.html

Shore, J. H., Schneck, C. D., & Mishkind, M. C. (2020). Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic—Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care. *JAMA Psychiatry*, 77(12), 1211. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1643>

Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280-299. <https://doi.org/10.1111/ajr.12149>

Stévenot, C. (2020). Les usager.es de drogues face à la crise sanitaire. *Observatoire - Revue d'action sociale et médico-sociale*, n° 103, 83-85.

Stévenot, C., & Hogge, M. (2020). *Tableaux de bord 2019 de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires* (p. 1-252). Eurotox. <https://eurotox.org/2020/03/18/tableaux-de-bord-2019-de-lusage-de-drogues-et-ses-consequences-socio-sanitaires/>

Stévenot, C., & Hogge, M. (2021). *Tableaux de bord 2020 de l'usage de drogues et ses conséquences socio-sanitaires* (p. 1-288). Eurotox. <https://eurotox.org/2021/04/14/tableaux-de-bord-2020-de-lusage-de-drogues-et-ses-consequences-socio-sanitaires/>

Thylstrup, B., Clausen, T., & Hesse, M. (2015). Cardiovascular disease among people with drug use disorders. *International Journal of Public Health*, 60(6), 659-668. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0698-3>

Topooco, N., Riper, H., Araya, R., Berking, M., Brunn, M., Chevreul, K., Cieslak, R., Ebert, D. D., Etchmendy, E., Herrero, R., Kleiboer, A., Krieger, T., García-Palacios, A., Cerga-Pashoja, A., Smoktunowicz, E., Urech, A., Vis, C., Andersson, G., & E-COMPARED consortium. (2017). Attitudes towards digital treatment for depression: A European stakeholder survey. *Internet Interventions*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2017.01.001>

Tuerk, P. W., Keller, S. M., & Acierno, R. (2018). Treatment for Anxiety and Depression via Clinical Videoconferencing: Evidence Base and Barriers to Expanded Access in Practice. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 16(4), 363-369. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20180027>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). *World Drug Report 2020—Executive Summary Impact of Covid-19 policy implications* (p. 1-62). United Nations. <https://wdr.unodc.org/wdr2020/en/exsum.html>

Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., Ebert, D. D., Trebbi, G., Bernaerts, S., Van Assche, E., & De Witte, N. A. J. (2020). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*, 30(2), 160-173. <https://doi.org/10.1037/int0000218>

Vis, C., Mol, M., Kleiboer, A., Bührmann, L., Finch, T., Smit, J., & Riper, H. (2018). Improving Implementation of eMental Health for Mood Disorders in Routine Practice : Systematic Review of Barriers and Facilitating Factors. *JMIR Mental Health*, 5(1). <https://doi.org/10.2196/mental.9769>

World Health Organization. (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. (Poznyak, Vladimir and Rekve, Dag).

World Health Organization. (2019). *WHO Guideline : Recommendations on digital interventions for health system strengthening—Executive summary* (p. 1-17). WHO. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/digital-interventions-health-system-strengthening/en/>

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien dédié aux pouvoirs publics

Partie 1 : Démarrage de l'entretien et modalités

- Se présenter
- Représenter le sujet de recherche et le contexte
- Redire à la personne concernée pourquoi elle a été sélectionnée pour cet entretien
- Démarrer l'enregistrement avec son accord et insister sur la confidentialité des informations partagées
- Expliquer les modalités de feedback et de retranscription
- Demander si la personne a des questions avant de commencer et confirmer le souhait de participer à cet entretien + signature en deux exemplaires du formulaire de consentement

Partie 2 : Présentation de la personne interrogée

- Pouvez-vous tout d'abord vous présenter brièvement ?

Question Warm Up pour débiter l'entretien

- Comment votre fonction en tant que « ... » a-t-elle évolué dans ce contexte de crise du coronavirus ?
 - Relances possibles :
 - Quel a été l'impact sur votre profession ?
 - Quelles ont été vos missions principales pendant cette première vague ?

Partie 3 : Plan d'action de gestion de crise et interventions de soutien

- Début mars lors de l'annonce par l'OMS de cette pandémie, quelles ont été vos priorités en tant que « ... » dans la réorganisation du secteur de la santé mentale ?
 - Relances possibles :
 - Quelles ont été les lignes directrices ?
 - Quelles ont été les stratégies opérationnelles de gestion de la crise au sein du secteur de la santé mentale ?
- Comment avez-vous soutenu les services de santé mentale ?
 - Relance possible :
 - Comment avez-vous visé la continuité de la prise en charge des patients ?
- J'ai pu prendre connaissance de la plateforme de référence « *Coronavirus AVIQ* » dédiée à la fois aux particuliers et aux professionnels. Comment cette plateforme a-t-elle été mise en place ?
 - Relances possibles :
 - Quels étaient les objectifs ?
 - Celle-ci a-t-elle été mise en place par concertation avec d'autres acteurs ? Si oui, lesquels ?
 - Quand a-t-elle vu le jour ?
- Au sein de cette plateforme, j'ai pu prendre connaissance de divers documents tels que des circulaires ministérielles à l'attention des opérateurs de la santé mentale et des SSM

agréées par l'AVIQ notamment en rapport avec les téléconsultations mais aussi sur des initiatives et mesures. Pouvez-vous m'en dire davantage sur le sujet ?

- Relances possibles :
 - Comment ces décisions ont-elles été prises ?
 - Avez-vous pris en compte les besoins du terrain exprimés par les professionnels ?
 - Comment ces fonds supplémentaires ont-ils été dégagés ? (ETP, forfait digitalisation, remboursement télépratique)
- Mon mémoire porte spécifiquement sur les centres de santé mentale prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes. Des mesures spécifiques ont-elles été prises envers ce type de structure ?
 - Relance possible :
 - Comment ont-elles été prises ?
- J'ai pu également prendre connaissance d'une initiative de l'AVIQ, en concertation avec le Cabinet de la Ministre wallonne de la Santé, du SPF Santé Publique, de centres de référence en santé mentale et d'acteurs de santé mentale qui se sont organisés par province pour actualiser l'offre de soins en santé mentale et assuétudes en Wallonie. Pouvez-vous m'en dire davantage sur ce projet d'actualisation de l'offre de soins ?
 - Relance possible :
 - Comment ce projet s'est-il réalisé concrètement ?

Partie 4 : Télépratique

- Quelles mesures en lien avec la télépratique, les pouvoirs publics wallons ont-ils mis en place pour répondre aux besoins du secteur des soins psychiatriques ambulatoires spécialisés en assuétudes ?
 - Relance possible :
 - Comment cela s'est-il déroulé ?
- Qu'en est-il du financement de ces nouvelles méthodes de prise en charge telles que les consultations à distance ?
 - Relance possible :
 - Qu'en est-il de l'octroi de forfaits de digitalisation ? Pour qui et selon quels critères ?
 - Qu'en est-il des modalités de remboursement des consultations ayant recours à la télépratique ?

Partie 5 : Retours du terrain et résilience du système belge

- Avez-vous eu des retours du terrain concernant les aides mises à leur disposition ?
 - Relance possible :
 - De qui ?
- Comment évalueriez-vous les capacités de la Belgique à mettre en place des solutions rapides et efficaces lors de cette situation de crise afin d'assurer une prise en charge adaptée et de qualité au niveau du secteur de la santé mentale ?
- En tant que « ... », quelles ont été vos principales difficultés dans la gestion de la crise ?

Partie 7 : Clôture de l'entretien

- Avez-vous d'autres questions ?
- Remerciements

- Dire quelques mots résumant l'idée générale et les éléments importants de cet entretien
- Modalités de contact et de feedback

Annexe 2 : Adaptation du guide d'entretien dédié aux pouvoirs publics pour certains partenaires

Partie 1 : Démarrage de l'entretien et modalités

- Se présenter
- Représenter le sujet de recherche et le contexte
- Redire à la personne concernée pourquoi elle a été sélectionnée pour cet entretien
- Démarrer l'enregistrement avec son accord et insister sur la confidentialité des informations partagées
- Expliquer les modalités de feedback et de retranscription
- Demander si la personne a des questions avant de commencer et confirmer le souhait de participer à cet entretien + signature en deux exemplaires du formulaire de consentement

Partie 2 : Présentation de la personne interrogée

- Pouvez-vous tout d'abord vous présenter brièvement ?
 - Relance possible :
 - Quelle est votre fonction ?
- Pouvez-vous présenter en quelques mots votre structure ?
 - Relance possible :
 - Quelles sont vos missions principales ?

Question Warm Up pour débiter l'entretien

- Comment vous et votre équipe avez-vous vécu cette période de pandémie du coronavirus ?

Partie 3 : Rôle de la structure en temps de crise

- Comment votre fonction en tant que « ... » au sein de cette structure a-t-elle évolué dans ce contexte de crise ?
 - Relance possible :
 - Quel a été l'impact ?
- Vos missions sont multiples en tant que « ... », quelles ont été celles spécifiquement en lien avec la crise du coronavirus ?
 - Relance possible :
 - Quelles ont été vos priorités en tant que « ... » ?
- Votre structure peut aussi conclure toute convention avec les pouvoirs publics et des partenaires privés pour soutenir l'action des professionnels de la santé mentale et le réseau. A ce niveau, quelles ont été vos contributions en cette période ?

Partie 4 : Actualisation de l'offre de soins en santé mentale et assuétudes

- J'ai pris connaissance de l'actualisation de l'offre de soins en santé mentale et assuétudes en Wallonie dans le cadre de la pandémie. Ces dispositifs sont à l'initiative de l'AVIQ en concertation avec le cabinet de la ministre wallonne de la santé, du SPF

santé publique, de centres de référence en santé mentale et d'acteurs de la santé mentale ; une organisation par province et par plateforme s'est mise en place. Pouvez-vous m'expliquer concrètement comment ce projet s'est-il mis en place ?

- Relances possibles :
 - Quand a-t-il été mis en place ?
 - Comment ces partenariats auprès de services agréés ont-ils été choisis ? Selon quels critères ?

Partie 5 : Plateforme « Coronavirus-Aviq » et comité de pilotage transversal

- L'AVIQ propose des ressources en ligne pour aider à prendre soin de soi et trouver du soutien via une plateforme appelée « *Coronavirus-Aviq/trouver du soutien* ». Ce site internet comprend plusieurs rubriques dont une présentant différents documents officiels et circulaires ministérielles. J'ai pu prendre connaissance qu'un comité de pilotage transversal a été mis en place en période de pandémie et qu'un membre de votre structure y est référent. Pouvez-vous m'en dire davantage à propos de ce comité et de votre référent ?
- Relances possibles :
 - Quel est le rôle de votre référent ?
 - Quelle est sa fonction ?

Partie 6 : Initiative wallonne

- J'ai également pris connaissance de l'initiative « *Get up Wallonia* » du gouvernement wallon où les 4 objectifs prioritaires sont économiques, sociales, environnementales et de développement territorial et qui adopte des mesures de soutien supplémentaires. Trouvez-vous que ces mesures de soutien au secteur de la santé mentale sont suffisantes ?
- Relances possibles :
 - Pourquoi ?
 - Avez-vous des retours du terrain à propos de cette initiative wallonne ?

Partie 7: Téléconsultations

- Mon mémoire s'axe essentiellement sur les téléconsultations en santé mentale. J'ai pu prendre connaissance de plusieurs articles mentionnant l'expérience de plusieurs structures qui ont recours à des téléconsultations; une de vos missions est de l'observatoire des pratiques et initiatives en santé mentale, avez-vous eu personnellement des retours du terrain concernant cette expérience ?
- Relances possibles :
 - Avez-vous donc d'autres retours du terrain concernant cette expérience ?
 - Connaissez-vous d'autres structures de soins ayant eu recours à des téléconsultations psychiatriques ?
 - Avez-vous connaissance d'études réalisées sur l'analyse de l'expérience et du vécu des patients ayant eu recours à des téléconsultations en santé mentale ?

Partie 8 : Clôture de l'entretien

- Avez-vous d'autres questions ?
- Remerciements
- Dire quelques mots résumant l'idée générale et les éléments importants de cet entretien
- Modalités de contact et de feedback

Annexe 3 : Guide d'entretien dédié aux professionnels des centres de santé mentale

Partie 1 : Démarrage de l'entretien et modalités

- Se présenter
- Représenter le sujet de recherche et le contexte :
- Redire à la personne concernée pourquoi elle a été sélectionnée pour cet entretien
- Démarrer l'enregistrement avec son accord et insister sur la confidentialité des informations partagées
- Expliquer les modalités de feedback et de retranscription
- Demander si la personne a des questions avant de commencer et confirmer le souhait de participer à cet entretien + signature en deux exemplaires du formulaire de consentement

Partie 2 : Présentation de la personne interrogée

- Pouvez-vous tout d'abord vous présenter s'il vous plaît ?
- Pouvez-vous présenter en quelques mots votre structure de soins ainsi que ses membres ?
- Quels sont les principales pathologies prise en charge dans votre structure ?

Question Warm Up pour débiter l'entretien :

- Comment vous et votre équipe avez-vous vécu cette période de pandémie du Coronavirus ?

Partie 3 : Réorganisation initiale

- Comment votre fonction en tant que « ... » a-t-elle évoluée dans ce contexte de crise ?
- Début mars, quels ont été les changements principaux en matière de prise en charge de patients souffrant d'assuétudes ?
 - Relances possibles :
 - Comment vous êtes-vous initialement réorganisé ?
 - Quelles lignes directrices vous et votre équipe avez-vous suivies ?

Partie 4 : Mise en place des outils de télépratique

- Aviez-vous déjà recours endéans la pandémie à des outils de télépratique ?
 - Relances possibles :
 - Si oui, lesquels ?
 - Depuis quand ?
 - Comment les utilisiez-vous ?
 - Les utilisez-vous toujours de la même façon ?
- Quels sont les outils en lien avec la télépratique qui ont été mis en place lors de cette première vague Coronavirus ?
 - Relances possibles :
 - Comment ont-ils été choisis ?
 - Selon quels critères et par qui ?
 - Comment ont-ils été mis en application concrètement avec les patients ?

Partie 5 : Rapports avec les pouvoirs publics et financements perçus

- Comment se sont déroulés les rapports avec les pouvoirs publics wallons et leurs collaborateurs ?
- Votre structure a-t-elle pu bénéficier de ressources humaines ou financières complémentaires ?
 - Relance possible :
 - Lesquelles et quand ?
- Quels ont été les acteurs clés vous ayant apporté du soutien ?
- Trouvez-vous que ces mesures de soutien du secteur de la santé mentale furent suffisantes ?
 - Relance possible :
 - Pourquoi ?

Partie 6 : Besoins du patient et continuité des soins

- Selon vous, la continuité des soins a-t-elle été assurée de manière efficace ?
- Qu'en est-il du suivi du patient ?
 - Relance possible :
 - Avez-vous eu des patients perdus de vue en ce début de pandémie ?
- Qu'en est-il de l'évolution de la demande de soins ?
 - Relances possibles :
 - Avez-vous constaté une augmentation de la demande ? Une diminution de la demande ?
 - Avez-vous constaté une modification des motifs de consultations ?
- Selon vous, est-ce que les mesures mises en place ont permis de répondre aux besoins des patients au cours de cette période ?
 - Relance possible :
 - Pourquoi ?
- Avez-vous des retours des patients ayant eu recours à ce type de prise ?
 - Relances possibles :
 - Ce type de prise en charge répond-elle à leurs attentes ?
 - Est-ce que cela leur convient ?

Partie 7 : Difficultés et leçons à tirer

- A l'heure actuelle, utilisez-vous encore la télépratique comme outil clinique ?
- Quels ont été vos principales difficultés lors de cette période ?
 - Relance possible :
 - Qu'en est-il de vos collègues et des autres membres de l'équipe ?
- Quels leçons tirer de cette crise sanitaire ?

Partie 8 : Clôture de l'entretien

- Avez-vous d'autres questions ?
- Remerciements
- Dire quelques mots résumant l'idée générale et les éléments importants de cet entretien
- Modalités de contact et de feedback

Annexe 4 : Arbre thématique pour l'analyse des résultats des différents entretiens



