

Téléconsultations pendant le confinement en cabinet de ville

Frédéric Advenier¹
Martin Reça²

¹ 4, rue Fabre d'Églantine 75012 Paris

² 28, bld de Bonne Nouvelle 75010 Paris

Résumé. Les entretiens médicaux durant une téléconsultation médicale tendent à être courts, simples et centrés sur un problème spécifique. Nous tentons de cerner dans cet article les difficultés de la téléconsultation et la symptomatologie psychiatrique que nous avons observées durant le confinement en lien avec la pandémie de la Covid-19. Le cadre de nos observations est celui d'une pratique psychiatrique libérale, centrée sur la personne, et qui peut lier un travail de prescription et de psychothérapie. Les principales difficultés techniques ont été liées à des modifications émotionnelles chez le praticien avec un émoussement affectif, un aplatissement de la rêverie élaborative, une extrême fatigue. Nous avons observé dans la majorité des cas une stabilisation de la symptomatologie chez les patients. Nous tentons de mettre en avant plusieurs facteurs possiblement explicatifs. Ceux qui sont liés au contexte social : la restriction des libertés, l'ambiance de désolation, le changement radical d'habitudes de travail. Ceux liés aux modalités techniques d'entretien en l'absence de corps réels : les bouleversements majeurs des modalités de contact et donc de son examen, la modification d'un cadre contenant pour que se déploie une parole touchant à l'intime, la possibilité d'investir un espace, et d'émergence d'actes fantasmatiques.

Mots clés : télémédecine, téléconsultation, pandémie, confinement, symptomatologie psychiatrique, psychiatrie, émotion, relation soignant soigné, médecine libérale

Abstract. Teleconsultation in private practice during lockdown. Medical interviews during a medical teleconsultation tend to be short, simple, and focused on a specific problem. In this article, we attempt to identify the difficulties of teleconsultation and the psychiatric symptomatology we observed during lockdown in relation to the Covid-19 pandemic. The framework of our observations is that of person-centered private psychiatric practice, which can link prescription work and psychotherapy. The main technical difficulties were related to emotional changes in the practitioner, with emotional blunting, flattening of elaborative reverie, and extreme fatigue. We observed in the majority of cases a stabilization of symptomatology among patients. We attempt here to put forward some possible explanatory factors. Those related to the social context include the restriction of freedom; the desolate atmosphere; and the radical change of work habits. Those related to the technical modalities of interviews in the absence of real bodies include major upheavals in the modalities of contact and therefore of its examination; the modification of a holding environment, making it harder to speak about intimate issues; the possibility of taking over a space; and the emergence of fantasies.

Key words: telemedicine, teleconsultation, pandemic, lockdown, psychiatric symptomatology, psychiatry, emotion, caregiver-patient relationship, private medicine

Resumen. Teleconsulta durante el confinamiento en consulta propia. Las consultas médicas durante una teleconsulta médica tienden a abreviarse, sencillas y centradas en un problema específico. Tratamos en este artículo de deslindar las dificultades de la teleconsulta y la sintomatología psiquiátrica que hemos observado durante el confinamiento en relación con la pandemia de la Covid-19. El marco de nuestras observaciones es el de una práctica psiquiátrica liberal, centrada en la persona, y que puede vincular una labor de prescripción y de psicoterapia. Las principales dificultades técnicas han sido relacionadas a unas modificaciones emocionales en el médico con un embotamiento afectivo, un aplanamiento de la ensoñación elaborativa, una extremada fatiga. Hemos observado en la mayoría de los casos una estabilización de la sintomatología en los pacientes. Tratamos de resaltar varios factores posiblemente explicativos. Aquellos vinculados con el contexto social: la restricción en las libertades, el ambiente de desolación, el cambio radical de las costumbres laborales. Aquellos vinculados con las modalidades técnicas de entrevista de consulta siendo ausentes los cuerpos reales: los mayores trastornos de las modalidades de contacto y por lo tanto de su examen, la modificación de un marco incluyente para que se despliegue una voz cercana a lo íntimo, la posibilidad de invadir un espacio, y de emergencia de actos fantasmáticos.

Palabras claves: telemedicina, teleconsulta, pandemia, confinamiento, sintomatología psiquiátrica, psiquiatria, emoción, relación cuidador paciente, medicina liberal

Correspondance : F. Advenier
<frederic.advenier@elan-retrouve.org>

Introduction

Nous abordons l'e-consultation dans l'exercice libéral de la psychiatrie générale de l'adulte. L'e-consultation s'est mise en place à marche forcée durant la période de confinement, en pleine pandémie causée par la Covid-19. Une fois levée la première barrière des ajustements techniques du dispositif, nous avons observé des particularités dans la pratique qu'engendrait ce type de consultations chez les deux participants, le patient et son médecin. Nous tenterons de les décrire et de les comprendre.

Nous nous interrogeons également sur ce que, de ces changements observés, relevait du remaniement dans le cadre de travail, de la situation de confinement social obligatoire et des effets en lien direct avec l'urgence sanitaire collective.

Le nouveau cadre de la consultation

La téléconsultation (TC) – ou e-consultation (EC), visioconsultation, consultation à distance – est incluse dans la nomenclature de la Sécurité sociale depuis septembre 2018. Cette forme d'alternative aux entretiens en face-à-face était tout à fait exceptionnelle jusqu'à la pandémie causée par la Covid-19. Les réticences de la plupart des praticiens à l'utilisation de ces nouvelles techniques passaient par le sentiment de perte de contact humain dans la relation, la perte de la maîtrise de son image et de la gestion du temps. L'EC demeurait ainsi une solution marginale, soit pour des patients déjà vus en face-à-face qui déménageaient en France ou à l'étranger et voulaient continuer le suivi engagé, soit pour certains psychiatres très à l'aise avec les nouvelles technologies, qui travaillaient proches de lieux à faible densité médicale et/ou pour certaines structures de type Ehpad. Le témoignage du Dr Benazouz [1] nous semble particulièrement illustratif. Dans sa conférence, il évoque l'aspect pratique de la mise en place des logiciels qui sont très accessibles et simples. Il relate lors de ses réponses aux questions des auditeurs, une moindre mobilisation émotionnelle que lors d'une consultation habituelle et significativement moindre que lors d'une psychothérapie de la part du patient et du thérapeute. Les patients ont « moins tendance à vouloir approfondir l'entretien ». Le modèle de l'EC est très approprié, conclut-il, pour des consultations de soutien ou de suivi simple, qui se font sur une durée assez rapide. Bien que décrite dans le champ spécialité de la psychiatrie, il nous semble que cette pratique se rapproche d'une consultation type de médecine générale et en emprunte son modèle.

Précisément dans le champ de la médecine générale, les outils internet se sont développés beaucoup plus rapidement qu'en psychiatrie. L'agenda *via* internet a permis une baisse des frais de secrétariat, facilité la prise de rendez-vous et donné des possibilités de

pré-orienter les patients selon des motifs préétablis (1^{er} RDV, patients déjà suivis, expertises, etc.). D'ailleurs, la téléconsultation a permis de recadrer également des actes dans la nomenclature comme une consultation standard alors qu'ils étaient faits d'habitude « entre deux portes » : renouvellement d'ordonnance, analyse de résultats d'examen biologiques, demande rapide d'orientation pour un symptôme. Lors de la Covid, les EC permettent aux praticiens (généralistes ou spécialistes) de limiter les risques de contamination. Elles sont assez stéréotypées pour la pandémie en vue d'une orientation vers l'hôpital ou pas : on recherche des signes de fièvre/toux/difficultés respiratoires/facteur de risque (âge, surpoids, diabète, insuffisance respiratoire). Les EC sont très pertinentes pour les suivis de patients chroniques qui savent se surveiller. Sur le plan sémiologique, elles remettent en avant des signes simples d'interrogatoire. L'horaire d'une douleur articulaire ? Le suivi du poids pour un insuffisant cardiaque ? Mais de nouveaux signes sont également recherchés comme par exemple demander au patient d'effectuer des mouvements spécifiques en EC pour guider le diagnostic rhumatologique ; regarder l'aspect de l'état général et la figure du patient ; lui demander de filmer ses mollets à la recherche d'œdème, etc.

Comme on le sait, la psychiatrie partage sa pratique entre une éthique strictement médicale et une éthique psychologique centrée sur les interactions avec la personne. Cela nous amène à considérer dans cet écrit des aspects de l'un et de l'autre mais surtout des aspects croisés, dans notre pratique de cabinet en ville. En effet, nous n'allons pas séparer la consultation psychiatrique de la consultation de suivi psychothérapique ; à l'instar de notre pratique, des observations établies pour le premier cadre pouvaient alimenter la réflexion concernant des observations établies pour le second. Et inversement.

Dans la littérature internationale

Nous nous sommes tout d'abord tournés vers la littérature internationale et nous avons effectué une revue sur PubMed avec dans le champ de la « telepsychiatry » les mots clefs « e-consultation – physician – psychiatry » et sur le site Ascodocpsy avec pour mots clefs « e-consultation, téléconsultation ». Nous avons obtenu 56 références dont celles qui nous ont semblé les plus pertinentes sont collectées dans la bibliographie. Nous avons également revu les articles publiés à ce sujet dans *l'Information Psychiatrique*.

Globalement, les recherches dans la littérature internationale se situent dans un champ médico-économique, dont nous donnons ici une brève recension. Nous évoquerons également une recherche qualitative comparant les modalités conversationnelles entre une conversation en face-à-face et une conversation téléphonique chez des médecins généralistes britanniques.

L'aspect médico-économique

Les auteurs analysent les modalités de mise en place de l'e-consultation et cherchent à mettre en avant des indicateurs d'efficacité. Altmathami [2] va jusqu'à proposer une modélisation des aspects techniques qui faciliteraient l'e-consultation. Li [3-5] montre, lui, que les médecins visibles sur le web sont plus titrés et ont des honoraires supérieurs à la moyenne des autres confrères en Chine. Pour cela ils doivent montrer des domaines d'expertise et être membre d'une équipe renommée, ce qui permet d'augmenter la confiance des utilisateurs et des honoraires.

Enfin, l'e-consultation, d'après plusieurs auteurs, permet de faciliter l'accès à des soins spécialisés, de satisfaire des usagers car ils peuvent avoir des réponses plus rapidement à leurs questions. Ces recherches sont souvent prises dans un projet plus global où l'on vise à mettre en place des logiciels qui permettent de sélectionner des patients par des auto-questionnaires en leur apportant des réponses standardisées, limitant ainsi la demande d'entretien téléphonique, de TC ou consultation classique [6-12].

Quelles différences entre une conversation médicale par téléphone et en face-à-face ?

Hewitt *et al* [13] ont effectué une analyse conversationnelle d'une soixantaine d'entretiens, en face-à-face et par téléphone, dans le cadre d'une pratique de médecine générale au Royaume-Uni. L'ensemble des entretiens ont été retranscrits et étudiés sur le plan des formes de langages (types de phrases [question, affirmation, négation...], mots amorces, formes des interactions, etc.). Les auteurs recherchent des formes typiques et des régularités dans les retranscriptions des mots des phrases échangées. Les éléments observables sont par exemple des conjonctions (« et, ou... ») qui permettent l'ouverture ou la fermeture d'un problème, mais également les silences, l'intonation, le vocabulaire, la grammaire. Il n'y a pas d'analyse analogique (paraverbale), l'observation se fait uniquement sur le texte retranscrit et le son.

Trois points de cette étude nous semblent intéressants à relever dans le cadre de notre article. Le premier est que l'entretien en face-à-face et l'entretien téléphonique ont la même forme type :

- 1) un temps d'échange pour initier la conversation, se présenter ;
- 2) un temps où le médecin recentre très rapidement l'échange sur le problème qui amène le patient et l'interroge selon des questions assez reproductibles d'un entretien à un autre, d'un praticien à un autre ;
- 3) un temps d'explication et de planification de la solution aux problèmes ;
- 4) un temps de clôture de la conversation, on se dit au revoir...

Le deuxième point est que les entretiens téléphoniques sont nettement plus courts et simplifiés qu'un entretien en face-à-face. Durant les entretiens téléphoniques, les patients consultent pour un seul problème, particulièrement pour des symptômes nouveaux, des problèmes liés aux traitements (effets secondaires, absence d'effets des médicaments), des demandes de renouvellement d'ordonnance ou de courriers administratifs. Et le patient et le médecin limitent la conversation à un seul problème ; il y a beaucoup moins de questions et de phrases-amorces qui permettraient de faire émerger un nouveau problème. Les deux intervenants ont tendance à clore l'entretien plus rapidement. Les patients qui présentent plus d'un problème sont systématiquement orientés vers une consultation en face-à-face.

Le troisième point est que par téléphone, l'interaction est continue. Il n'y a pas de pauses ou alors des pauses très courtes. En face-à-face, on peut noter de longues phases de silence et des changements de mode de communication. Lorsque par exemple le patient se déplace dans la salle d'examen, du fauteuil à la table d'examen. Lorsque le médecin a fini son entretien et se met à rédiger un courrier ou une prescription. Ces temps de ruptures que les auteurs nomment « interludes » suscitent un changement de thème de conversation. Ils permettent une ouverture sur de nouveaux sujets annexes, une discussion autour de choses et d'autres (« *small talk* ») par exemple. Ceci est très marqué chez les patients présentant un suivi au long cours.

Les entretiens téléphoniques sur le secteur

F. Gumez *et al* [14] décrivent principalement la pratique infirmière de l'entretien téléphonique qui permet de garder un contact malléable et de gérer la distance avec des patients qui peuvent être persécutés. Sur le plan médical, le téléphone y est surtout décrit comme ayant une fonction de filtre des appels. On peut réguler les flux de demandes de rendez-vous ou d'hospitalisation, commencer à transformer une plainte en un problème médical.

Dans l'Information Psychiatrique

Tout récemment, F. Scheider [15], à l'instar de Gumez, propose une modélisation de la communication téléphonique à usage de l'infirmier d'accueil.

M. Verpeaux [16], dans un éditorial de 2016, signale les grands défis impliqués dans l'utilisation et développement de ce cadre en termes d'efficacité (prévention et traitement) et d'accessibilité aux soins au-delà de toute limite de territoire. Il ne manque pas d'en signaler aussi les risques, notamment au niveau de la confidentialité et de la marchandisation (Doctolib, Mondocteur, Clickdoc, etc.)

X. Aime [17] met davantage l'accent sur les problèmes liés à l'encadrement juridique, encore insuffisant, pour

l'utilisation des TIC (technologies d'information et communication) dans le domaine médical et il pointe bien l'enjeu entre le médical et le commercial ainsi qu'entre la santé et le bien-être.

Dans un article qui reste d'introduction et de référence en la matière, G. Massé *et al* [18] plaident, cependant, pour le développement de ces outils notamment en psychiatrie publique et institutionnelle, à la condition de garder cette gouvernance et guidance par ces instances publiques. Il mentionne leur utilité dans le cadre de pandémie.

Dans la psychogériatrie, Pancrazi *et al* [19] signalent tout l'intérêt des TIC pour la communication d'information entre équipes de soins, sur un plan transsectoriel, propre aux unités mobiles.

Premiers regards sur nos téléconsultations

Nous faisons une première analyse de notre propre pratique de l'EC pendant la période du 15 mars au 22 juin 2020 (les dates officielles de confinement et de « déconfinement », respectivement). Notre pratique est celle de psychiatre d'adulte de psychiatrie générale et de psychothérapie analytique en cabinet de ville situé dans Paris intramuros. À suivre le constat fait par J.J. Bonamour du Tarte dans son bel article sur le psychiatre libéral [20] nous nous identifions plutôt « à ces praticiens, prescripteurs et psychothérapeutes », dont la pratique « d'une complexité non soluble dans la théorisation, renvoie à la nature strictement personnalisée du soin ». Nous n'aborderons pas dans ce travail l'impact que ce remaniement majeur du cadre habituel a pu susciter indéfectiblement dans le déroulement des cures psychanalytiques et psychothérapeutiques types. L'analyse des spécificités techniques et théoriques que cela engage relève, pour nous, d'un autre espace de réflexion. Sur un plan technique, l'un avait opté pour un dispositif par Skype, l'autre pour le site Consultaway. Notre approche est celle des praticiens devenus un peu précipitamment des pratiquants sans credo de ces technologies de communication, dans un contexte social massivement bouleversé. . . Nous y décrivons nos expériences.

Le renversement de la situation : l'outil téléphonique ou numérique ne filtre et ne cadre plus la demande !

Les mots ou scènes humoristiques qui ont circulé pendant la période de confinement nous semblent particulièrement pertinents pour pointer ce fait. Nous n'en citerons que trois.

Sur la chaîne YouTube de Captain Obvious, un homme jeune cherche à consulter un psy pour pouvoir exprimer ses souffrances en lien avec le confinement. Il se dit qu'au moins il pourra s'exprimer avec un profession-

nel, neutre, sans être jugé. Il va rencontrer beaucoup de déconvenues. . . Le psychiatre avec qui il parle semble assez dépassé par la situation. On le voit consulter dans une pièce qui pourrait être son salon, en grand désordre, sur le côté d'un canapé, un improbable synthétiseur posé sur le mur. Le praticien tente de se montrer concentré et à l'écoute, professionnel mais on sent que c'est difficile ! Il est manifestement tendu, son matériel ne marche pas, un enfant se met à pleurer dans la pièce d'à côté. . . le patient s'inquiète et lui fait remarquer. Le praticien ne fait comme si ne rien était et renvoie la question à l'enfance du patient ! Le praticien ressemble plus à un naufragé qu'à un expert ! L'agressivité est aussi manifeste dans une autre séquence audio qui mime une bande-annonce d'un numéro vert d'écoute en urgence. . . « Vous êtes bien sur la ligne d'écoute psychiatrique de . . . Si vous souffrez de TOC appuyez plusieurs fois sur la touche 1 pour être sûr de bien avoir appuyé. . . Si vous êtes codépendant demandez à quelqu'un de presser le 2 pour vous. . . Si vous souffrez de personnalité multiple appuyez sur le 3 4 5 et 6. . . Si vous êtes parano nous savons parfaitement qui vous êtes et ce que vous voulez, restez en ligne pendant que nous traçons votre appel. . . Si vous êtes psychotique, appuyez sur le 7, votre appel sera transféré au vaisseau mère. . . Si vous êtes schizophrène, la petite voix vous dira sur quelle touche appuyer après le 7. . . Si vous êtes déprimé ce n'est pas la peine de presser une touche, personne ne vous répondra. . . Si vous êtes dyslexique pressez sur le 6976979. . . Si vous souffrez de faible estime de vous-même, raccrochez et laissez la ligne à eux qui en ont vraiment besoin. » Là encore, le cadre devient une chimère. L'ambiance est plus glaçante. Tout le cheminement proposé n'est là que pour masquer l'absence d'une réelle prise en charge. Et la dernière image, indiquant jusqu'à la caricature le renversement de la situation : « j'ai eu mon psy au téléphone, il était content de me parler ».

Le praticien ne maîtrise plus la technique, perd son statut de professionnel, ne peut contenir une situation et redonner force et confiance au patient, se montre comme une personne lambda en égale souffrance.

Une consultation à distance qui n'est pas si distante : loin mais trop proche ; la « visite à domicile »

La perception de ne plus recevoir dans un lieu aménagé pour créer une certaine neutralité, une ambiance sécurisante en vue de donner la possibilité de communiquer l'intime a été aussi très manifeste pendant ce temps de confinement. Pour certains patients, être à domicile ne rimait pas forcément avec un espace propice à parler de leur intimité : présence du conjoint dans la pièce d'à côté, peur des voisins du fait d'une mauvaise isolation phonique, chien qui ronfle dans la même pièce. . . Nous avons l'impression d'effectuer des « visites à domicile », parfois sans y être vraiment invités ou avec l'impression

que le patient n'avait pas tout à fait mesuré la nature spécifique de l'entretien : réception en pyjama, cigarettes, recevoir son psy dans son smartphone et qu'on peut mettre dans sa poche ! « Visite à domicile » (VaD) est une manière de dire, car parfois, ces « rencontres » se faisaient à l'extérieur (trottoir, esplanade, voiture, etc.). Un patient a cru bon de faire en même temps que la consultation un trajet impérial en train de banlieue... En revanche, quand la réception se faisait dans un espace quasi « médicalisé » par le patient (un fauteuil, une table basse, mur blanc, tableau abstrait au mur), les entretiens étaient plus fluides, sans réussir à enlever pour autant le caractère bizarre, sinon de « non-lieu », voire de simulacre.

Ni dans le cabinet, ni chez l'autre, dans un « entre-deux » qui, ne s'établissant pas clairement comme un espace tiers, nouveau, nous immergeait dans le vacillement de devoir ajuster en permanence deux lieux illusoire devenus, par les performances propres de l'outil de communication, aussi réels qu'irréels, aussi proches que lointains.

Dans d'autres cas, quand la connexion était de qualité médiocre, la pixellisation de l'image et le son défectueux (latences, dissociations), ajoutaient de l'improbable à la situation ; mais, paradoxalement, resituait dans une certaine mesure l'ordre du monde par l'épreuve de réalité. L'outil de communication, par ses défaillances, devenait son principal allié.

Se voir

C'était la première fois que nous nous voyions en image et en direct pendant un entretien. Nous avons noté des difficultés au fait de percevoir des expressions de notre propre visage interagir et par là-même solliciter notre attention involontairement. Cet élément inédit du cadre, l'image reflétée de nous-mêmes, a été l'objet d'ajustements professionnels nécessaires et des réflexions internes importantes. La question de l'image dédoublée de soi-même instaurait une mise en abîme inquiétante.

Voir l'autre, capté par l'hyperréalisme paradoxal de son image cybernétique dans « la machine », n'était pas moins inquiétant. Le contact dans ce type de rencontre empruntait ainsi des voies insolites étayant une forme tout à fait spécifique, celle de la téléprésence, dont les variables de définition et d'évolutivité technologique ont été définies par les studios de la réalité virtuelle, à savoir, la qualité de la vraisemblance de la simulation sensorielle, le degré d'interactivité et la vitesse d'exécution qui vise l'instantanéité [21].

Se voir. Nous voyons-nous autant et avec une telle fixité de l'attention dans nos cadres ordinaires, même lorsque nous nous rencontrons en face-à-face ? L'EC nous oblige à voir les nouveautés de l'usage de l'écran mais aussi à mieux voir nos pratiques en présentiel.

Nous sommes venus à nous demander si le « surviel » des images proposées par l'écran n'était pas aussi favorisé par une surcompensation neuropsychologique perceptive du fait du manque de contact interpersonnel, comme si la présence des corps agissait en tant que buffer de la directionnalité des regards ou, sur un plan plus psychodynamique, comme si cette présence corporelle ne contraignait pas à une attitude phobique de base à mi-chemin entre codification sociale et subjectivité préconsciente.

S. Missonnier, s'appuyant sur la conceptualisation de R. Roussillon des « symbolisations primaires », considère que ce « miroir primaire » de la relation interhumaine est mis en exergue par la stimulation visuelle des écrans ([21], p. 30). Il est probable que l'actualisation régressive de ces « coïncidences d'un mouvement hallucinatoire et d'un mouvement perceptif » peut être à la base d'une certaine captivité relationnelle éprouvée lors des EC.

Des entretiens virtuels ?

Nous avons cru devoir combattre au début de cette pratique une tendance spontanée à mener des entretiens qui avaient l'air « automatisés », quelque peu superficiels : montrer qu'on « était bien là » semblait être devenu un souci. Les silences n'étaient pas un moment incarné et présent mais vides, surtout au téléphone avec une nécessité plus ou moins maîtrisée de les combler, probablement avec un sentiment de peur de perdre le lien avec le patient.

Nous avons noté également des difficultés pour reprendre le fil des entretiens. Parmi les nombreux facteurs perturbateurs de l'attention et de la disponibilité liés à l'outil, nous avons cru ainsi relever encore davantage l'absence d'un aspect « mémoriel » de la présence des corps en consultation. En effet, une observation banale veut que le « blanc » de mémoire imprévu concernant un patient ou une consultation déjà accomplie, s'estompe au moment même que la rencontre physique s'effectue à nouveau réellement. Les souvenirs de l'échange précédent reviennent alors ou sont à nouveau disponibles préconsciemment. La e-consultation n'était absolument pas équivalente sur ce point. Elle semblait même un obstacle à ce mécanisme de réminiscence.

Ce défaut de travail de la mémoire procédurale peut, en partie, servir à décrire une autre observation connexe, à savoir l'élaboration postérieure immédiate à la consultation. Effectivement, une spécificité de notre discipline est cette réflexion « après-coup » menée, en conscience professionnelle, par tout praticien et qui permet indéniablement de garantir un surcroît de discernement quant au matériel manifeste échangé lors de la consultation.

Ce temps d'élaboration, qui mobilise plus ou moins naturellement une certaine « rêverie » semblait bien entravée dans la pratique de l'e-consultation.

Un confinement des symptômes

Le confinement obligatoire généralisé annoncé par les autorités constitua indiscutablement un événement collectif majeur. La paralysie et la congélation abrupte des activités routinières du commerce humain public, dans un contexte mondial de crise et de menace hautement médiatisé, causaient un impact de choc massif – mesurable autant à la sidération qu’au déni – qui touchait tous les domaines de la vie sociale. L’exercice professionnel dans nos cabinets ne constituait nullement une exception. À peine ressaisis de cette première réaction, nous nous étions finalement préparés à recevoir, comme suggéré comme une évidence par l’entourage social, un nombre plus important de demandes de consultation en lien étroit avec cette situation de crise sanitaire. Il semblait prévisible d’observer la décompensation type décrite dans la littérature. Brooks [22], par exemple, décrit en lien avec la mise en quarantaine pour des patients malades ou suspects de maladie, une symptomatologie qui correspond surtout au développement d’un stress post-traumatique et d’un syndrome dépressif. Ce n’est pas ce que nous avons observé. Sur le plan des symptômes, ce sont surtout des aggravations de consommation d’alcool ou le sevrage d’autres toxiques qui causaient le plus de souffrance psychique, de même que la prise de poids.

Les consultants, sans trouble psychiatrique avéré, eux, en faisaient l’objet central de l’échange, laissant entendre et l’angoisse et les croyances subjectives, plus ou moins persécutives ou schizoïdes, qui s’y attachaient et recherchant la « mise en commun de l’objet » en tant que réalité factuelle exclusive, évidente, avec le médecin. En effet, l’élément à ne pas oublier dans cette expérience est que la situation était subie par les deux acteurs de l’entretien, ce qui entretenait un certain niveau de confusion et de trouble.

Les patients particulièrement anxieux, sur un mode phobique, semblaient trouver un lieu sûr, légitimant l’évitement, dans l’injonction sanitaire du « restez chez soi ».

Les patients souffrant des formes de psychose présentaient une certaine indifférence ou un apaisement « amusé » de leur angoisse.

Comme élément cocasse, l’un de nous recevait la veille du confinement une jeune patiente souffrant des lavages de mains compulsifs avec un rejet massif de l’environnement familial et à la consultation suivante, elle narrait avec perplexité l’invitation angoissée et forcée de ses parents à ce qu’elle lave encore davantage ses mains. Bien que l’investissement psychique des comportements comparés n’émit pas du tout le même dans les deux situations de lavage des mains, cela permet tout de même de continuer de mesurer l’immense poids du regard social dans l’expression des manifestations psychopathologiques.

En somme, nous avons surtout été marqués par le fait que la majorité des patients présentaient un apaisement des symptômes et redoutaient plutôt la fin du confinement. Ce constat, qui semble avoir été observé par la plupart des confrères, soulève de très importantes questions psychopathologiques et métapsychologiques. Ceci ne manquait pas de nous plonger dans la classique et jamais dépassée question sur l’articulation de la maladie psychique et le social.

Par ailleurs, nous pensons que l’apparente paucisymptomatologie psychiatrique observée pendant le confinement, en lien direct avec la situation, devra faire l’objet d’une attention particulière différée dans le temps, à la recherche non seulement des manifestations réactionnelles exprimées une fois levée l’inhibition globale (effet probable aussi du confinement) mais aussi celles qui s’exprimeront « à travers l’inhibition », à savoir, des manifestations psychosomatiques.

Discussion

En reprenant la séparation que nous avons effectuée au début de l’article entre une éthique médicale et une éthique psychologique dans la pratique psychiatrique en ville, nous aboutissons à un constat contradictoire. Sur un plan médical, nous n’avons pas observé de franche aggravation des symptômes présentés par les patients, voire même une stabilisation. Sur un plan psychologique et dans l’interaction avec eux, nous avons observé de profondes perturbations dans le registre du cadre de l’examen, de la perte de l’aspect contenant d’un lieu de consultation et le développement d’un émoussement affectif pesant. L’extrême « fatigue » liée à ce type de pratique, d’ailleurs, semblait faire l’unanimité parmi nos collègues.

Des facteurs contextuels peuvent expliquer cette réaction affective. L’aplanissement affectif pouvait être en continuité avec la sidération ambiante liée aux changements radicaux de mode de vie, au fait que nous ne savions pas si, nous aussi, nous étions porteurs du virus et/ou bientôt malade. L’émoussement affectif peut également s’expliquer par une réaction de « sauvegarde » face aux impacts « traumatiques » de la consultation (dans le sens de stimuli trop excitants). Mais cette réaction affective chez le praticien nous semble aussi liée à des perturbations profondes des modalités de contact et de son examen lors de l’entretien. Le contact peut se définir par des échanges infraverbaux durant l’examen, discrets et rapides, souvent effectués à l’insu des participants et qui apparaissent plus clairement dans un réexamen de l’entretien après-coup. En schématisant les travaux de Schotte [23] (qui s’est appuyé sur les travaux de Léopold Sondzi) on peut définir les mouvements du contact entre le praticien et le patient par les vecteurs suivants :

– coller à (ou se coller à),

- prendre/accrocher (ou se prendre/s’ accrocher),
- être à la recherche de,
- lâcher (ou se lâcher),
- décrocher (ou se décrocher)

Ces mouvements actifs ou passifs sont à l’œuvre pendant l’entretien de manière discrète et sont le support des représentations du praticien et du patient. Ils sont les bases d’une trace mnésique vivante, et pas uniquement une représentation consciente ou d’une idée abstraite. L’examen du contact commence d’emblée en ouvrant la porte de la consultation par des petits signes comme un patient qui se colle à l’interlocuteur, un évitement du regard... Pendant l’entretien, les propos échangés prennent un sens différent si le thérapeute se sent accroché par le patient, s’il cherche, en revanche, à s’en décrocher ou le tolère, s’il a peur de le lâcher... Enfin, les modalités de paiement de la séance aussi peuvent se révéler très significatives. L’ensemble de ces signes discrets sont le support d’élaborations, d’ajustements relationnels permanents. Durant l’EC, le contact était réduit à un collage visuel au visage du patient et à sa propre image. Nous avons évoqué l’aspect angoissant de ce dédoublement et il nous semble qu’il peut expliquer la perte de capacité de rêverie interséance. Sur un plan spatial, nous retrouvons également l’absence de possibilité « d’interlude » décrit ci-dessus dans les conversations téléphoniques. Restant collé aux visages des participants, il y a moins d’occasion pour changer d’attitudes, de modalités de communication mais aussi de modalités de contact.

Il fut rapidement admis par beaucoup de praticiens que la différence majeure entre les consultations ordinaires et les EC était l’absence du corps réel dans ces dernières. La présence du corps réel en situation d’entretien imprime un caractère total à la rencontre interpersonnelle et une portée également « totale » à l’expression et à la communication. La singularité du colloque psychodynamique tient pour beaucoup à ce qu’elle convoque l’intime et à l’attention que l’on portera à celui-ci. Et l’intime de soi, comme on le sait, ne peut se vivre qu’en présence de l’autre et n’est révélé que par ce à quoi son présumé regard renvoie. Sur un autre plan d’analyse, le corps réel rend possibles les actes fantasmatiques. Ces vécus inconscients des rencontres interpersonnelles sont mis à l’écart dans les téléconsultations et avec cet écartement c’est l’angoisse signal qui n’est plus disponible pour engager la spécificité du travail psychique.

Nous pensons que cette mise à l’écart du corps réel en tant que « baluchon fantasmatique » de notre être contribue à imprimer aux EC une certaine factualisation de l’échange verbal et renforce la bidimensionnalité de leur image. Enfin, il fut intéressant pour nous d’observer que le corps n’est pas seulement cette mine de signes et de signaux expressifs – *via regia* de l’extériorisation émotionnelle et des récits muets de l’autre scène, les scènes fantasmatiques inconscientes – dont se servent à discrétion

notre sémiologie et nos techniques interprétatives. Nos corps en séance – leur gestuelle, leurs mouvements, leurs déplacements – sont aussi des distributeurs d’espace. Un espace qui ouvre sur la tridimensionnalité de la rencontre. Et cette tridimensionnalité est « vivante » de par l’énergie et les investissements psychomoteurs qu’elle engage.

De tout cela, les EC – tout de moins dans nos expériences de débutants – étaient privées. Nous pensons que ces aspects contribuent grandement aux contre-attitudes engendrées par leur pratique (émoussement affectif, aplatissement de la rêverie élaborative, extrême fatigue) aussi bien par la voie directe que par les détours des contre-investissements.

Notre exercice des EC s’est déroulé pendant la période d’acmé de l’épidémie et des conduites collectives de protection sanitaire, il va de soi que cet élément extérieur, par son caractère massif, collectif et menaçant, ne pouvait laisser indemne nos consultations (il n’aurait même pas été souhaitable !) et imposait à lui seul cette « chape de plomb », propre de l’attente anxieuse supportée. En effet, en ces circonstances inédites, la réalité extérieure ne pouvait que limer, déplacer, mépriser même, la réalité du monde interne. Et ceci, encore une fois, de par l’action directe exercée sur l’individu ainsi qu’à travers la tentative de la saisir par l’évocation. La réalité psychique se voyait de la sorte anéantie et l’invitation à la chercher et à l’exprimer, rendue, sinon illégitime, amplement inopportune. Cependant, la spécificité éthique de nos consultations nous contraignait à devoir observer l’entremêlement de ces réalités et à y repérer à l’œuvre le travail subjectif des défenses et de « mise en symptôme ». En somme, on pourrait dire que cela ne constituait qu’une ampliation circonstancielle d’une dimension habituelle de l’exercice de notre profession. Mais à cela, s’ajoutaient deux particularités : la première, comme on l’a déjà dit, le fait que nous, praticiens, nous subissions également l’impact des telles circonstances sociales et, la seconde, le fait que ces circonstances sociales tendaient à devenir dans le discours de nos consultants un « objet commun », un objet partagé avec le médecin.

Nous pensons que ces éléments concouraient également à imprimer un certain aplatissement émotionnel, cognitif et comportemental aux EC. Dans ces circonstances vécues collectivement, il y a aussi une tendance à ce que le discours se dépersonnalise et utilise des formules toutes faites qui, souvent, répètent des informations mises à disposition par les médias ou dans des lieux « groupaux » de communication, les bars et les clubs, qui – en temps de confinement – furent remplacés par les réseaux sociaux où les « mêmes » massivement interchangeables en constituaient l’estampille.

Le bouleversement radical des habitudes sociales avec une perte du sens commun des valeurs basiques (touchant notamment à la routine du travail et à la banalité des échanges interpersonnels) ainsi que la pri-

vation de la liberté (liberté d'opinion et de déplacement) empreignaient au monde un caractère de dévastation globale. Cet effondrement symbolique du lien social nous renvoie au *loneliness* (solitude, désolation) décrit par Hannah Arendt. Nous pensons devoir en tenir compte dans la compréhension de notre évaluation quelque peu dépréciative et de la dynamique des TC et de leur qualité de travail vis-à-vis des consultations ordinaires.

Nous souhaitons évoquer encore un autre élément : la pratique de la EC fut pour nous un remaniement inattendu du cadre dans le cours des séances de consultations déjà existantes « en présentiel ». Ce revirement a demandé un effort d'adaptation pour les deux parties, ce qui ne va pas sans évoquer les points de vue des spécialistes de la psychologie du travail. Christophe Déjours [24] signale les effets délétères des transformations abruptes et non souhaitées *a priori* de l'organisation du travail, surtout lorsqu'un travail est intellectuel, sollicitant donc un haut degré d'abstraction. La modification du cadre des consultations, parfaitement entendue rationnellement par les circonstances de la réalité, ne furent pas moins, sur un plan psychique, une violation des valeurs de l'éthos professionnel suscitant une souffrance spécifique : pour le patient, un changement des règles qui comportait un arbitraire, lequel dévoilait violemment la fragilité du montage des cadres habituels car nécessaires au travail sublimatoire de la souffrance psychique et de sa pulsionnalité infantile (la neutralité, l'asymétrie, la non-réponse immédiate ou collée à la demande, la singularité de l'espace, etc.) ; pour le praticien, une position « acrasique » (j'œuvre à l'encontre de mes jugements et de ma formation professionnels), d'infidélité à la méthode ainsi que d'excitation aventurière pour la nouveauté, ce qui donnait à l'exercice un caractère transgressif sollicitant la veille surmoïque et son corollaire psychosomatique ou d'inhibition du moi.

Conclusion

Nous confirmons l'impact émotionnel et cognitif chez les participants de EC. Ce fait nous semble en lien avec la perte de contact avec le patient, qui se limite en EC à coller à l'image du visage du patient et à sa propre image. Tout un ensemble de possibilités d'expression d'autres modalités de contact n'est pas possible. Un travail sur le cadre des EC et notamment de la possibilité de recréer une liberté de mouvement dans l'espace de la consultation visible durant les séances, chez le praticien et chez le patient, nous semblerait pertinent à mettre en place dans des entretiens préliminaires d'EC par exemple.

La pratique des EC montre ses avantages (en termes notamment d'accessibilité et de disponibilité – deux soucis majeurs de la psychiatrie contemporaine) mais aussi ses limitations quant à sa qualité pour rendre la complexité et l'immense richesse psychodynamique

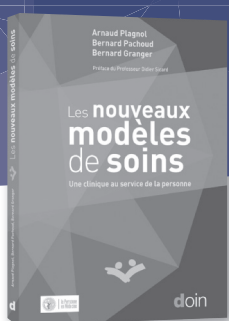
des consultations ordinaires. Il va de soi que des indications spécifiques pourraient en être délimitées. Mais nous pensons aussi que les EC ouvrent une gamme nouvelle d'importantes réflexions non seulement sur nos pratiques mais aussi sur leurs fondements théoriques et surtout sur l'incorporation dans et pour le soin psychique du monde numérique et de la réalité virtuelle. Incorporation dans le double sens du terme, car des pistes nouvelles devraient pouvoir se dégager à la recherche des fondations corporelles de la parole et de son écoute dans le cadre de la téléconsultation ainsi que de la dimension psychomotrice fine du corps soumis au travail de pensée. Des recherches à venir mais aussi de nouveaux espaces de formation devraient les permettre, sans oublier les indispensables recommandations déontologiques.

Liens d'intérêt les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Benazouz Téléconsultation en psychiatrie, Conférences Doctolib avril 2020, Doctolib Community, <https://community.doctolib.com/t5/doctolib-community-france/ct-p/France>.
2. Almathami HKY, Win KT, Vlahu-Gjorgievska E. Barriers and Facilitators That Influence Telemedicine-Based, Real-Time, Online Consultation at Patients' Homes: Systematic Literature Review. *J Med Internet Res* 2020 ; 22 : e16407. doi:10.2196/16407.
3. Li J, Bao X, Liu X, Ma L. The Impact of Joining a Team on the Initial Trust in Online Physicians. *Healthcare (Basel)* 2020 ; 8 : pii: E33. doi:10.3390/healthcare8010033.
4. Li J, Li F, Liu X, Ma L. Differentiation Strategy in Online Physician Competition: Does Specialization Matter? *Telemed J E Health* 2020 ; 6. doi:10.1089/tmj.2019.0021.
5. Li Y, Yan X, Song X. Provision of Paid Web-Based Medical Consultation in China: Cross-Sectional Analysis of Data From a Medical Consultation Website. *J Med Internet Res* 2019 ; 21 : e12126. doi: 10.2196/12126.
6. Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A, Campbell J, Gibson A, et al. Alternatives to the face-to-face consultation in general practice: focused ethnographic case study. *Br J Gen Pract* 2018 ; 68 : e293-e300. doi:10.3399/bjgp18X694853.
7. Edwards HB, Marques E, Hollingworth W, Horwood J, Farr M, Bernard E, et al. Use of a primary care online consultation system, by whom, when and why: evaluation of a pilot observational study in 36 general practices in South West England. *BMJ Open* 2017 ; 7 : e016901. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016901.
8. Keely E, Liddy C, Afkham A. Utilization, benefits, and impact of an e-consultation service across diverse specialties and primary care providers. *Telemed J E Health* 2013 ; 19 : 733-8. doi: 10.1089/tmj.2013.0007.
9. Liddy C, Maranger J, Afkham A, Keely E. Ten steps to establishing an e-consultation service to improve access to specialist care. *Telemed J E Health* 2013 ; 19 : 982-90. doi: 10.1089/tmj.2013.0056.
10. Liddy C, Rowan MS, Afkham A, Maranger J, Keely E. Building access to specialist care through e-consultation. *Open Med* 2013 ; 8 ; 7 : e1-8.
11. Muscarella M, Kranenburg-van Koppen L, Grijpink-van den Biggelaar K, Drop SL. Global application of disorders of sex development-related electronic resources: e-learning, e-consultation and e-information sharing. *Endocr Dev* 2014 ; 27 : 268-83. doi: 10.1159/000363674.
12. Nijland N, van Gemert-Pijnen JE, Boer H, Steehouder MF, Seydel ER. Increasing the use of e-consultation in primary care: results of an online survey among non-users of e-consultation. *Int J Med Inform* 2009 ; 78 : 688-703. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2009.06.002. Epub 2009 Jul 21.

13. Hewitt H. *et al.* Comparison of face-to-face and telephone consultations in primary care : qualitative analysis, *British Journal of General Practice* 2010 ; e201-e212.
14. Gumez F *et al.* Mon infirmier au bout du fil. *Santé Mentale* 2012 ; 173.
15. Scheider F. Le soutien téléphonique des patients isolés souffrant de troubles psychiques : trame pour l'approche clinique en réhabilitation. *L'Information Psychiatrique* 2020 ; 96 (4) : 239-42 doi/10.1684/ipe.2020.2093.
16. Verpeaux M. De l'e-psychiatrie à la m-psychiatrie ? *L'Information Psychiatrique* 2016 ; 92 : 435-8. doi:10.1684/ipe.2016.1502.
17. Aimé X. Tour d'horizon de la m-psychiatrie. *L'Information Psychiatrique* 2018 ; 94 : 47-52. doi:10/1684/ipe.2018.1740.
18. Pancrazi MP, Guinard P, Isserlis C. L'organisation de la psychiatrie du sujet âgé en Île-de-France. *L'Information Psychiatrique* 2015 ; 91 : 577-61. doi:10/1684/ipe.2015.1403.
19. Masse G, Frappier A, Kannas S. Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française. *L'Information Psychiatrique* 2006 ; 82 : 801-10.
20. Bonamour du Tartre JJ. Le psychiatre libéral : prescripteur ou psychothérapeute ? *L'Information psychiatrique* 2017 ; 93 : 739-45. doi :10.1684/ipe 2017.1702.
21. Vlachopoulou X, Missonnier S. *Psychologie des écrans*. Paris : PUF, 2015. Coll. « Que sais-je ? ».
22. Brooks KS, *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet* 2020 ; 395 : 912-20.
23. Schotte J. *Le contact*. De Boeck : Bruxelles, 1992.
24. Déjours C. Folies de la norme. *Le présent de la psychanalyse* (Apf/Puf) 2019.




Collection **La Personne en Médecine**

- Octobre 2018
- 17 x 24 cm, 224 pages
- ISBN : 978-2-7040-1582-5
- **36 €**

Les nouveaux modèles de soins

Une clinique au service de la personne



- Arnaud Plagnol
- Bernard Pachoud
- Bernard Granger


Repenser le prendre-soin par des pratiques innovantes

De profondes mutations dans la conception des soins sont en gestation et convergent vers la même aspiration : une attention à l'humain, aux échanges, aux ressources et aux aspirations de la personne soignée, dans sa singularité inaliénable.

Cette nouvelle culture du prendre-soin nourrit déjà les pratiques soignantes et s'appuie sur des concepts novateurs issus des expériences de cliniciens engagés ou portés par des mouvements d'usagers.

Ce volume présente les plus dynamiques de ces nouveaux modèles de soins, leurs fondements, principes communs et développements cliniques concrets.

En savoir + sur www.jle.com



Également disponible en Ebook

