



**HAL**  
open science

## Adaptation des soins et télémédecine en période de confinement et de pandémie de COVID-19: retour d'expérience d'une Maison des Adolescents

Emilie Carretier, Sélim Benjamin Guessoum, Rahmeth Radjack, S. F. Mao, Sevan Minassian, Corinne Blanchet, Marie Rose Moro, Jonathan Lachal

### ► To cite this version:

Emilie Carretier, Sélim Benjamin Guessoum, Rahmeth Radjack, S. F. Mao, Sevan Minassian, et al.. Adaptation des soins et télémédecine en période de confinement et de pandémie de COVID-19: retour d'expérience d'une Maison des Adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2021, 69 (3), pp.132-137. 10.1016/j.neurenf.2021.02.001 . hal-03256431

**HAL Id: hal-03256431**

<https://hal.science/hal-03256431v1>

Submitted on 9 May 2023

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Titre:**

**Adaptation des soins et télémédecine en période de confinement et de pandémie de COVID-19: retour d'expérience d'une Maison des Adolescents**

**Adjustment of healthcare and telemedicine in times of lockdown and COVID-19 pandemic: feedback from a "Maison des Adolescents" (Teenager's House)**

**Auteurs:**

E. Carretier, MD<sup>1,2,3</sup>, S.B. Guessoum, MD<sup>1,2,3</sup>, R. Radjack, MD<sup>1,3</sup>, S-F. Mao<sup>1,4</sup>, S. Minassian, MD<sup>1</sup>, C. Blanchet, MD, PhD<sup>1,2,3</sup>, MR. Moro, MD, PhD<sup>1,2,3</sup>, J. Lachal, MD, PhD<sup>1,2,3</sup>

**Affiliations:**

1. APHP, Cochin Hospital, Maison de Solenn, F-75014 Paris, France
2. Université de Paris, PCPP, F-92100 Boulogne-Billancourt, France
3. Université Paris-Saclay, UVSQ, Inserm, CESP, Team DevPsy, 94807, Villejuif, France
4. Université de Paris, UFR IHSS, F-75013 Paris, France

**Auteur correspondant:**

CARRETIER Emilie - emilie.carretier@aphp.fr  
Maison des Adolescents – Maison de Solenn  
97 Boulevard Port Royal, 75679 PARIS CEDEX 14, France

## 1 **Résumé** (237 mots)

2 La crise sanitaire de la COVID-19 a imposé une réorganisation majeure de l'offre de soins en  
3 France. Considérant la nécessité de maintenir des soins pour les adolescents souffrant de  
4 troubles physiques ou psychiques, les Maisons des Adolescents ont dû adapter en urgence  
5 leurs pratiques afin de maintenir au maximum la continuité des soins pour les adolescents et  
6 leurs familles. A travers le cas d'une adolescente qui a présenté une dégradation clinique de  
7 son anorexie mentale durant le confinement, nous présentons les réorganisations des soins  
8 au sein des différentes unités (consultations – hôpital de jour – unité d'hospitalisation temps  
9 plein) d'une Maison des Adolescents parisienne au cours de la pandémie de COVID-19. A  
10 partir de la littérature existante, nous discutons les avantages et limites de la télémédecine  
11 et les enjeux pratiques pour l'organisation future des soins pour les adolescents.  
12 Contrairement à la médecine pédiatrique ou pédopsychiatrique, il n'existe pas de protocole  
13 décrivant la mise en place de la télémédecine en médecine et psychiatrie de l'adolescent. Il  
14 est urgent d'approfondir les évaluations de l'utilisation de la télémédecine pour les  
15 adolescents. Ce type de recherche permettra d'améliorer les connaissances sur l'efficacité,  
16 l'acceptabilité et les limites de l'utilisation d'un dispositif de téléconsultation en psychiatrie  
17 de l'adolescent, en contexte de crise. Certaines modalités de soins à distance mises en place  
18 pendant la crise pourraient ainsi être maintenues dans le temps et s'inscrire en routine dans  
19 le domaine de la médecine et psychiatrie de l'adolescent.

20

21 **Mots clés :** Télémédecine, Adolescence, COVID-19, Pandémie, Confinement, Maison des  
22 Adolescents

23

24 **Abstract** (321 words)

25 Background : The COVID-19 sanitary crisis has imposed a major reorganization of the health  
26 care system in France. Lockdown could be a factor in the emergence or deterioration of  
27 psychological disorders; it can be even more fragilizing during the specific period of  
28 adolescence. The « Maisons des Adolescents » (Teenagers' Houses) had to urgently adjust  
29 their practices to provide continuity of care for adolescents suffering from physical or mental  
30 disorders. The « Maisons des Adolescents » are pluridisciplinary care centres for adolescents  
31 and their families that provide assessments and services for medical, psychological, socio-  
32 educational, educational and legal needs. How did care continue for adolescents during  
33 lockdown? What adjustments occurred in the « Maisons des Adolescents » during the  
34 health crisis?

35 Methods : This article presents the case of an adolescent who suffered a significant  
36 deterioration of her anorexia nervosa during confinement. Through this case, we describe  
37 the reorganization of care within the different units (consultations - day hospital -  
38 hospitalization unit) of a Parisian « Maison des Adolescents » during the COVID-19  
39 pandemic.

40 Findings : In this service, the rapid implementation of the telemedicine system in the context  
41 of the COVID-19 pandemic made possible provision of continuity in care for vulnerable  
42 adolescents and families. Based on the existing literature, we discuss the advantages and  
43 limitations of telemedicine and the practical issues for the future organization of care for  
44 adolescents.

45 Perspectives : In contrast to pediatric medicine or child psychiatry, there is no protocol  
46 describing the application of telemedicine in adolescent medicine and psychiatry. There is an  
47 urgent need for further evaluation of the use of telemedicine for this population. This kind of

48 research will improve knowledge about the effectiveness, acceptability and limitations of  
49 using a teleconsultation device in adolescent psychiatry in a crisis context. Certain remote  
50 care modalities implemented during the sanitary crisis could thus be maintained over time  
51 and become routine in the field of adolescent medicine and psychiatry.

52

53 **Keys words** : Telemedicine, Adolescence, COVID-19, Pandemic, Lockdown, « Teenager's  
54 House » (Maison des Adolescents)

## 55 **Introduction**

56 Les Maisons des Adolescents (MDA) sont des centres de soins pluridisciplinaires à  
57 destination des adolescents et de leurs familles qui proposent des services d'accueil,  
58 d'évaluation et de prise en charge médicales, psychologiques, socio-éducatives, scolaires ou  
59 encore juridiques [1,2]. La crise sanitaire de la maladie à coronavirus (*coronavirus disease*  
60 2019 ; COVID-19), qui a entraîné la limitation extrême des contacts puis un confinement  
61 généralisé de la population, a imposé une réorganisation majeure de l'offre de soins en  
62 France [3,4]. Les soins considérés comme non-urgents et programmés ont été différés. Les  
63 soins essentiels ont été réalisés à distance dans l'immense majorité des cas, et la  
64 télémédecine s'est généralisée. La télémédecine est définie comme un ensemble d'actes  
65 médicaux réalisés à distance par l'utilisation des technologies de l'information et de la  
66 communication (appels téléphoniques, visioconférences, envoi d'ordonnance par mail, ...)  
67 [5]. Elle est classiquement utilisée pour relever des défis tels que les déserts médicaux, les  
68 pénuries de ressources matérielles ou humaines [6]. Considérant la nécessité de maintenir  
69 des soins pour les adolescents souffrant de troubles chroniques, physiques ou mentaux, les  
70 MDA ont dû se réorganiser et adapter en urgence leurs pratiques afin de maintenir au  
71 maximum la continuité des soins pour les adolescents et leurs familles. Cela est apparu  
72 essentiel durant cette période face au risque de déstabilisation des pathologies chroniques  
73 ou de majoration de troubles psychiques tels que la dépression, l'anxiété ou l'état de stress  
74 aigu en lien avec le confinement [7,8]. Beaucoup de créativité a été nécessaire pour  
75 proposer des modalités de soins thérapeutiques et adaptées aux attentes des adolescents :  
76 téléconsultations, bien sûr, mais aussi rédaction de fiches pratiques par pathologies à  
77 destination des adolescents et familles [9,10], groupes thérapeutiques ou ateliers de

78 médiations à distance, thérapies familiales en visioconférences, ou encore visites virtuelles  
79 des proches. A travers le cas d'une adolescente qui a présenté une dégradation clinique de  
80 son anorexie mentale durant le confinement, nous présentons les réorganisations des soins  
81 au sein d'une MDA<sup>1</sup> parisienne au cours de la pandémie de COVID-19 et discutons les enjeux  
82 pratiques pour l'organisation future des soins.

## 83 **La réorganisation des soins à travers le parcours d'une adolescente**

### 84 Cas clinique :

85 Anna est une adolescente de 16 ans qui a commencé une prise en charge à la MDA en  
86 ambulatoire fin 2019 pour un Trouble des Conduites Alimentaires (TCA) restrictif. Anna est  
87 fille unique, elle vit avec ses parents en garde alternée depuis leur séparation il y a deux ans.  
88 Depuis l'été 2019, elle présente une anorexie mentale restrictive pure, compliquée d'un  
89 épisode dépressif, qui s'est aggravée en fin d'année avec une accélération de la perte  
90 pondérale. Elle bénéficie de consultations mensuelles avec un somaticien, un diététicien et  
91 un psychiatre, et elle est également suivie en thérapie individuelle par un psychologue de  
92 manière hebdomadaire. Ses premiers soins se sont mis en place durant cette période  
93 d'aggravation, et ont permis une stabilisation clinique autour d'un IMC à 15 kg/m<sup>2</sup>. A  
94 l'annonce du premier confinement (le 17 mars 2020), Anna a poursuivi ses soins médicaux et  
95 paramédicaux grâce à l'instauration immédiate de téléconsultations. Du fait d'une  
96 recrudescence anxieuse en lien avec le confinement au domicile et la modification de ses  
97 soins, un étayage et une surveillance supplémentaires ont été proposés à Anna avec la mise  
98 en place d'un hôpital de jour (HDJ) virtuel au sein de la MDA. Malgré le suivi ambulatoire  
99 soutenu en téléconsultations et la participation à l'HDJ en visioconférence une fois par

---

<sup>1</sup> A noter que la MDA dont il est question dans l'article possède une unité d'hospitalisation complète (ce qui n'est pas la règle pour toutes les MDA en France)

100 semaine, Anna s'est dégradée cliniquement. Elle s'est présentée sans rendez-vous au  
101 dispositif d'accueil et de permanence de soins de la MDA et a ainsi été réévaluée en urgence  
102 en présentiel. Le constat de la perte de poids de six kilos en deux semaines (IMC=13.5  
103 kg/m<sup>2</sup>), le ralentissement psychomoteur massif, la recrudescence d'idéations dépressives et  
104 la situation familiale très conflictuelle ont amené l'équipe médicale à proposer une  
105 hospitalisation à temps plein pour un sauvetage nutritionnel de six semaines. Anna a  
106 bénéficié d'une renutrition entérale intensive et a retrouvé progressivement une autonomie  
107 alimentaire. Malgré le confinement, un travail familial a pu être amorcé avec Anna et ses  
108 parents lors d'entretiens en visioconférence. Ses parents, qui refusaient de se voir depuis  
109 leur séparation, ont finalement accepté des entretiens ensemble via la visioconférence. Au  
110 fur et à mesure de ces entretiens distantiels, la famille a progressivement accepté l'idée de  
111 débiter une thérapie familiale. Anna est sortie d'hospitalisation complète au bout de six  
112 semaines. Elle a repris son suivi ambulatoire en consultation et en HDJ, qui s'est réorganisé  
113 progressivement en présentiel à la levée du confinement, de même que l'ensemble des  
114 activités thérapeutiques.

115 1) La prise en charge ambulatoire en permanence d'accueil et consultation

116 En consultation, le suivi par téléphone a rapidement cédé la place aux visioconférences, qui  
117 permettaient un échange plus proche de la consultation présenteielle et un meilleur  
118 accordage émotionnel entre le thérapeute et le patient.

119 Seules **les consultations** d'urgence et les situations où l'évaluation à distance était  
120 impossible étaient maintenues sur place : patients présentant des critères de gravité  
121 physique (perte rapide de poids, dénutrition sévère, malaises...) ou psychiatrique (risque  
122 suicidaire). Assurer une permanence d'accueil pour les adolescents et les familles étaient  
123 essentielle, a fortiori dans le contexte du premier confinement. En effet, cette mission



124 d'accueil est spécifique aux MDA, et devenait d'autant plus importante dans cette situation  
125 sanitaire source de stress ou de complications socio-familiales pour certains. Les thérapies  
126 individuelles et groupales ont aussi été organisées en visioconférence. Certains groupes de  
127 parole ont pu se poursuivre à distance en adaptant les thématiques au contexte du  
128 confinement, et palliant le sentiment d'isolement de certains jeunes. Concernant les  
129 nouvelles demandes de prise en charge, des consultations en visioconférence ont été mises  
130 en place sur des délais courts, pour s'ajuster aux besoins liés à cette période, renforcer le  
131 soin ambulatoire et éviter les passages aux urgences ou les hospitalisations. Le nombre de  
132 téléconsultations a rapidement augmenté à mesure que celui des consultations présentiels  
133 diminuait dès mi-mars, et le nombre total de consultations n'a non seulement pas diminué,  
134 mais il a au contraire augmenté par rapport à 2019 (**figures 1-3**).

### 135 2) La prise en charge en hôpital de jour (HDJ)

136 L'HDJ accueille habituellement des groupes de patients en fonction de leurs pathologies :  
137 TCA, obésité, troubles psychiatriques tels que la phobie scolaire, la dépression, les états  
138 limites. Les activités sont groupales. Avec le confinement, l'accueil en présentiel s'est  
139 totalement interrompu et les soins se sont poursuivis par un suivi individuel médical,  
140 infirmier et diététique à distance par téléphone ou visioconférence. Les patients pouvaient  
141 participer à une journée par semaine d'HDJ en « virtuel » grâce à la mise en place d'atelier  
142 groupal en visioconférence. Ce suivi distantiel de l'HDJ se faisait de manière concomitante au  
143 suivi individuel de téléconsultations par le psychiatre et/ou psychologue référent.

### 144 3) La prise en charge en hospitalisation à temps plein

145 L'unité d'hospitalisation accueille vingt adolescents souffrant de TCA, de pathologies  
146 psychiatriques aiguës ou de symptômes somato-psychiatriques intriqués. Habituellement,  
147 l'hospitalisation est ouverte, sans contrat de séparation pour les patients hospitalisés pour

148 anorexie mentale et les visites permettent une évaluation des interactions sociales et  
149 familiales, complétées par des entretiens familiaux réguliers. Durant le confinement, les  
150 visites et les permissions ont été suspendues afin de minimiser, dans ce contexte de crise  
151 sanitaire lié à la COVID-19, la circulation de personnes dans le service. Les patients ont pu  
152 maintenir un lien avec leur famille grâce aux temps de téléphone et tablette pluriquotidiens  
153 qui ont été élargis. Les adolescents hospitalisés étaient ainsi connectés de l'hôpital tandis  
154 que le reste de la famille était au domicile. Par ailleurs, tous les entretiens médicaux avec les  
155 familles étaient réalisés en moyenne une fois par semaine en visioconférence. Les patients  
156 ont pu bénéficier d'activités thérapeutiques et d'enseignement à distance par l'association  
157 l'école à l'hôpital.

## 158 **Discussion**

159 L'adolescence est une période de grands remaniements psychiques, relationnels, corporels  
160 et peut être à elle seule une période de vulnérabilité [11,12]. Le contexte de crise sanitaire  
161 et le confinement ont été décrits comme facteurs d'apparition ou d'aggravation de troubles  
162 psychiques [13] ; cela peut être d'autant plus fragilisant durant cette période si spécifique  
163 qu'est l'adolescence [7]. Il était donc particulièrement important de pouvoir maintenir un  
164 accès aux soins à cette population. A la MDA, la mise en place rapide du dispositif de  
165 télémédecine dans le cadre de l'épidémie COVID-19 a permis d'assurer une continuité des  
166 soins et une disponibilité rassurante pour des adolescents et familles vulnérables,  
167 potentiellement fragilisés par la crise. Il n'existe pas de protocole décrivant la mise en place  
168 de la télémédecine en médecine et psychiatrie de l'adolescent [14], contrairement à la  
169 médecine pédiatrique [15] ou pédopsychiatrique [16]. La réorganisation s'est donc faite en  
170 urgence et sans cadre préétabli. L'organisation a été optimisée à mesure que les

171 professionnels prenaient en main les outils numériques et adaptaient l'offre de soins.  
172 Le maintien du suivi à l'aide de la télémédecine montre **plusieurs intérêts**. Tout d'abord, sur  
173 l'aspect préventif, la téléconsultation permet de repérer les situations plus à risque sur le  
174 plan médico-social et familial et ainsi prévenir au maximum les risques d'aggravation  
175 somato-psychique. Dans le cas d'Anna, il a ainsi été possible de surveiller l'évolution de son  
176 TCA, détecter la détérioration clinique et donc adapter la prise en charge jusqu'à organiser  
177 une admission en hospitalisation complète, en évitant un passage par un service d'urgence  
178 ou encore un retard d'accès aux soins. Par ailleurs, la télémédecine réduit non seulement  
179 l'isolement des patients, mais permet aussi d'apporter un support réel médical, infirmier et  
180 psychologique [17]. Pour Anna, le fait de bénéficier initialement un suivi en téléconsultation  
181 avec ses différents intervenants de la consultation comme de l'HDJ a permis de détecter les  
182 signes de détérioration et de pouvoir renforcer la prise en charge. Le suivi en distanciel  
183 assure une vigilance à l'égard de ces adolescents fragiles, qui ne sont pas toujours en mesure  
184 d'exprimer spontanément une demande d'aide et de soins. Les études rapportent une utilité  
185 du dispositif de télémédecine surtout dans les déserts médicaux ou les zones géographiques  
186 peu peuplées [6,18], mais nous avons expérimenté que le recours à la télémédecine peut  
187 également être nécessaire et avantageux en cas d'isolement lié à une situation de  
188 confinement. De plus, l'outil numérique est aujourd'hui largement utilisé et maîtrisé par les  
189 adolescents qui peuvent alors adhérer avec facilité à la télémédecine, voire être parfois plus  
190 à l'aise qu'en présentiel. Aussi, la visio-conférence peut faciliter la discussion de certaines  
191 questions difficiles à aborder par l'adolescent ou encore, lors d'une hospitalisation, aider à  
192 travailler des relations extrêmement conflictuelles entre l'adolescent et ses parents qui ont  
193 besoin d'une mise à distance [6,19]. Dans le cas clinique présenté, il a été beaucoup plus  
194 envisageable pour les parents de participer ensemble aux entretiens familiaux du fait de la

195 distance liée à la visioconférence. Cela a permis de réamorcer un dialogue dans la famille  
196 autour d'Anna et finalement mettre en place une thérapie familiale, largement indiquée  
197 dans cette situation et, de manière générale, dans la prise en charge des adolescents  
198 souffrant de TCA.

199 Face à une mise en place en urgence et une utilisation intensive et quasi-exclusive du  
200 dispositif de télémédecine, les professionnels de santé se sont heurtés à plusieurs *limites*. Le  
201 cas d'Anna soulève cette question des limites de la télémédecine, puisqu'une hospitalisation  
202 temps plein a été nécessaire malgré un suivi ambulatoire renforcé en visioconférence.

203 Cependant, cette situation inédite de recours rapide et massif à la télémédecine a permis de  
204 penser à des solutions innovantes et créatives face aux limites auxquelles se confrontaient

205 au fur et à mesure les professionnels (**Tableau 1**). La littérature soulève déjà la limitation des  
206 interventions possibles sur place (visites à domicile par exemple) [6]. Les situations de  
207 protection de l'enfance sont extrêmement difficiles à gérer en téléconsultation. En effet, de

208 jeunes adolescents peuvent être exposés à des situations d'abus ou violences intra-familiales  
209 et une téléconsultation depuis leur domicile n'est pas propice à parler en sécurité de ce qui  
210 leur arrive. La télémédecine présente alors des limites en termes de confidentialité ou

211 d'intimité au domicile [14]. Sur le plan clinique, le confort du praticien peut rapidement être  
212 limité face à l'absence d'examen sur place. Néanmoins, la pratique de la téléconsultation par  
213 les somaticiens s'est révélée non dépourvue d'intérêt en matière d'évaluation (examen

214 clinique à distance, pesée en direct...), avec un temps réservé à l'adolescent seul et  
215 également un temps d'échange avec la famille, reprenant le schéma habituel des  
216 consultations en présentiel. Cependant, il semble important de pouvoir assurer une

217 permanence médico-psycho-sociale sur place pour les patients qui nécessiteraient une  
218 évaluation clinique en présentiel. De plus, ce type de permanence est une des missions

219 spécifiques aux MDA pour faciliter l'accès aux soins des adolescents, leur permettre de  
220 dépasser leurs réticences initiales à consulter, répondre dans une temporalité adéquate [20].  
221 Sur le plan de la communication, la fluidité des échanges en visioconférence peut être  
222 altérée à cause de problèmes de connexion ou de difficulté de compréhension. Sur le plan  
223 familial, l'arrêt des permissions a empêché une partie de l'évaluation et du travail relationnel  
224 au domicile. Dans ce contexte, le maintien des entretiens familiaux et des thérapies  
225 familiales en visioconférence était d'autant plus important. Enfin, face à la mise en place et  
226 la diffusion extrêmement rapide de la télémédecine dans nos pratiques, il est important de  
227 quand même soulever les limites légales et éthiques de ce dispositif, en particulier au sujet  
228 de la protection des données et du risque de mauvaises pratiques des professionnels de  
229 santé, trop peu formés à la télémédecine [17]. Malgré le contexte de la crise sanitaire, le  
230 recours en urgence à la télémédecine nécessite une vigilance et ne doit pas aboutir à ce que  
231 certains auteurs appellent « la télénégligence » [21].

## 232 **Conclusion :**

233 A travers ce cas clinique qui témoigne de la réorganisation des soins au sein d'une MDA,  
234 nous avons vu les intérêts et les limites du recours à la télémédecine auprès de patients  
235 adolescents et leurs familles. La rapidité de mise en place de la télémédecine a permis de  
236 soutenir les adolescents, limiter les complications de leurs troubles en assurant une  
237 continuité dans leur suivi, dépister, orienter et réajuster leur prise en charge en cas de  
238 dégradation clinique en évitant des consultations dans les services d'urgence déjà saturés du  
239 fait de la crise sanitaire. Il est urgent d'approfondir les évaluations de l'utilisation de la  
240 télémédecine pour les adolescents. Dans ce sens, l'équipe de la MDA a démarré une étude  
241 qui explore le vécu des adolescents, parents, médecins et psychologues au sujet de la mise  
242 en place précipitée de téléconsultations dans le contexte de l'épidémie COVID-19. Ce type

243 de recherche permettra d'améliorer les connaissances sur l'efficacité, l'acceptabilité et les  
244 limites de l'utilisation d'un dispositif de télémédecine en psychiatrie de l'adolescent, en  
245 contexte de crise. Certaines modalités de soins à distance mises en place pendant la crise  
246 pourraient ainsi être maintenues dans le temps et s'inscrire en routine dans le domaine de la  
247 médecine et psychiatrie de l'adolescent.

248 **Remerciements** à Floriane Crine

249 **Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt**

250

251

252 **Références**

253

254 [1] Joyeux H, Rufo M. Rapport préparatoire à la Conférence de la famille 2004. Paris,  
255 France: Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées 2004.

256 [2] Benoit L, Cottin P, Moro MR. What is a “Maison des Adolescents”? A history of  
257 integrated youth health care services in France. *Early Intervention in Psychiatry*  
258 2018;12:1000–5. <https://doi.org/10.1111/eip.12680>.

259 [3] Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P-M, Thomas P, Bocher R, et al. Assurer les  
260 soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-  
261 CoV-2. *Encephale* 2020;46:S3–13. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.03.001>.

262 [4] Cohen D. Appréhender le COVID-19 au fil de l'eau en tant que psychiatre d'enfant et  
263 d'adolescent. *Encephale* 2020;46:S99–106. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.005>.

264 [5] Sood S, Mbarika V, Jugoo S, Dookhy R, Doarn CR, Prakash N, et al. What is  
265 telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings.  
266 *Telemed J E Health* 2007;13:573–90. <https://doi.org/10.1089/tmj.2006.0073>.

267 [6] Diamond JM, Bloch RM. Telepsychiatry assessments of child or adolescent behavior  
268 disorders: a review of evidence and issues. *Telemed J E Health* 2010;16:712–6.  
269 <https://doi.org/10.1089/tmj.2010.0007>.

270 [7] Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minassian S, Benoit L, et al. Adolescent  
271 psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Research*  
272 2020;291:113264. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113264>.

273 [8] Liu JJ, Bao Y, Huang X, Shi J, Lu L. Mental health considerations for children  
274 quarantined because of COVID-19. *The Lancet Child & Adolescent Health*  
275 2020;S2352464220300961. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30096-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30096-1).

276 [9] Blanchet C, Moro R. Gérer un trouble des conduites alimentaires en situation de  
277 confinement 2020. [https://www.ffab.fr/images/mesimages/pdf/Fiche\\_TCA\\_CoViD-  
278 19\\_mars\\_2020.pdf](https://www.ffab.fr/images/mesimages/pdf/Fiche_TCA_CoViD-19_mars_2020.pdf)

279 [10] Société Française de Pédiatrie. COVID-19 : informations pour les parents et les  
280 enfants 2020. [https://www.sfpediatrie.com/actualites/covid-19-informations-parents-  
281 enfants](https://www.sfpediatrie.com/actualites/covid-19-informations-parents-<br/>281 enfants).

282 [11] Blakemore S-J, Mills KL. Is Adolescence a Sensitive Period for Sociocultural  
283 Processing? *Annu Rev Psychol* 2014;65:187–207. [https://doi.org/10.1146/annurev-psych-  
284 010213-115202](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-<br/>284 010213-115202).

285 [12] Larsen B, Luna B. Adolescence as a neurobiological critical period for the  
286 development of higher-order cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*  
287 2018;94:179–95. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.005>.

288 [13] Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. Conséquences  
289 psychopathologiques du confinement. *Encephale* 2020.  
290 <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.007>.

- 291 [14] Barney A, Buckelew S, Mesheriakova V, Raymond-Flesch M. The COVID-19 Pandemic  
292 and Rapid Implementation of Adolescent and Young Adult Telemedicine: Challenges and  
293 Opportunities for Innovation. *J Adolesc Health* 2020.  
294 <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.05.006>.
- 295 [15] McSwain SD, Bernard J, Burke BL, Cole SL, Dharmar M, Hall-Barrow J, et al. American  
296 Telemedicine Association Operating Procedures for Pediatric Telehealth. *Telemed J E Health*  
297 2017;23:699–706. <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0176>.
- 298 [16] Myers K, Nelson E-L, Rabinowitz T, Hilty D, Baker D, Barnwell SS, et al. American  
299 Telemedicine Association Practice Guidelines for Telemental Health with Children and  
300 Adolescents. *Telemedicine and E-Health* 2017;23:779–804.  
301 <https://doi.org/10.1089/tmj.2017.0177>.
- 302 [17] Nittari G, Khuman R, Baldoni S, Pallotta G, Battineni G, Sirignano A, et al.  
303 Telemedicine Practice: Review of the Current Ethical and Legal Challenges. *Telemedicine and*  
304 *E-Health* 2020;tmj.2019.0158. <https://doi.org/10.1089/tmj.2019.0158>.
- 305 [18] Hockey AD, Yellowlees PM, Murphy S. Evaluation of a pilot second-opinion child  
306 telepsychiatry service. *J Telemed Telecare* 2004;10:48–50.  
307 <https://doi.org/10.1258/1357633042614186>.
- 308 [19] Pesämaa L, Ebeling H, Kuusimäki M-L, Winblad I, Isohanni M, Moilanen I.  
309 Videoconferencing in child and adolescent telepsychiatry: a systematic review of the  
310 literature. *J Telemed Telecare* 2004;10:187–92.  
311 <https://doi.org/10.1258/1357633041424458>.
- 312 [20] Benoit J-P, Smadja R, Benyamin M, Moro M-R. Construire une relation de soins avec  
313 les adolescents. Qu’apporte le nouveau dispositif des Maisons des adolescents?  
314 *Neuropsychiatrie de l’Enfance et de l’Adolescence* 2011;59:86–93.  
315 <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2010.07.007>.
- 316 [21] Stowe S, Harding S. Telecare, telehealth and telemedicine. *European Geriatric*  
317 *Medicine* 2010;1:193–7. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2010.04.002>.
- 318



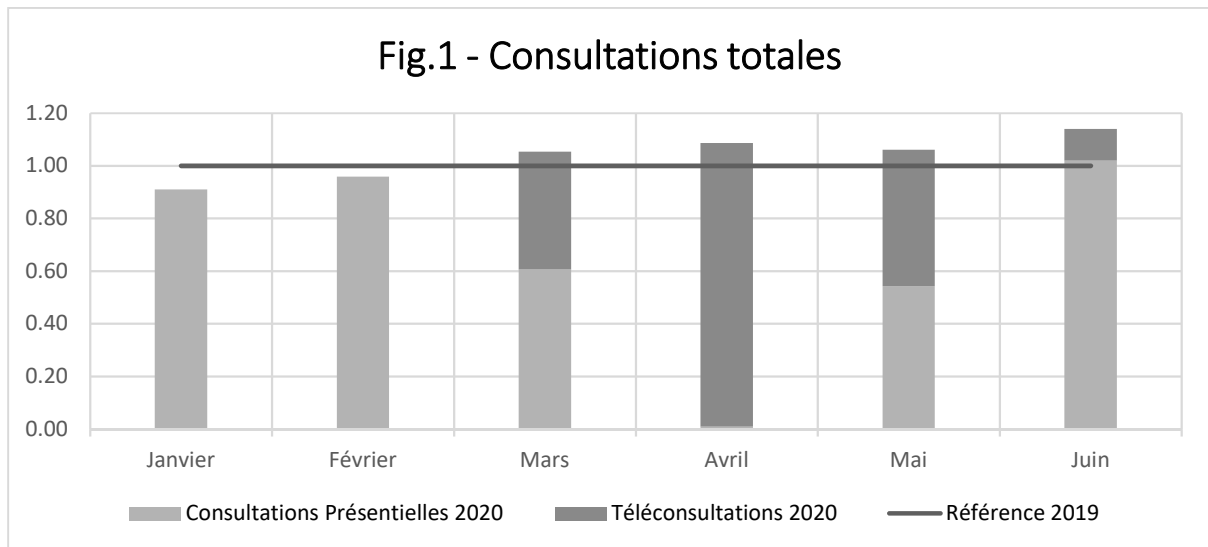
319 **Tableau 1** : Principales modifications des soins durant le confinement lié à la pandémie de  
 320 COVID-19 et propositions de solutions face aux limites perçues

321

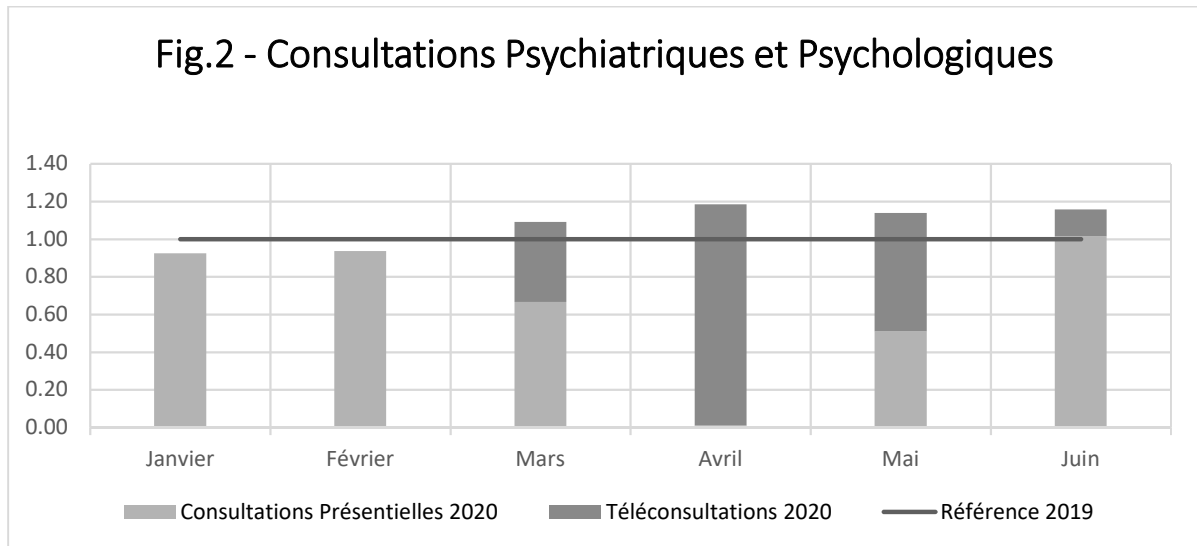
<b>Modifications de soins</b>	<b>Limites ou difficultés perçues</b>	<b>Solutions</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de téléconsultations pour le suivi individuel médical, infirmier, psychologique, diététique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de confidentialité possible</li> <li>- Familiarité aux outils numériques soignant-dépendante</li> <li>- Examen clinique limité, examen physique impossible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accord entre la famille, le patient et le thérapeute pour que le patient soit seul dans une pièce à l'heure du RDV</li> <li>- Formation aux outils numériques</li> <li>- Examen clinique ciblé et consultation en présentiel si nécessité d'un examen clinique approfondi ou d'un examen physique</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités groupales (HDJ) en visioconférence</li> <li>- Consultations de groupe (TF, TMF, transculturel, adoption, entretien familial) en visioconférence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de fluidité dans les échanges entre les participants</li> <li>- Limite d'intervention des thérapeutes lors de conflits familiaux ou agitation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distribution de la parole par un référent</li> <li>- Proposition de visioconférence en groupe pour des patients déjà connus (pas pour un nouveau groupe)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suspension des visites et permissions des patients hospitalisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Travail familial plus limité</li> <li>- Evaluation limitée dans les cas de refus scolaire anxieux</li> <li>- Sortie définitive sans essai à l'extérieur pouvant mener à des rechutes plus rapides et maintien des situations de repli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Augmentation des entretiens familiaux en visioconférence ou téléphone pour informer les parents de la prise en charge</li> <li>- Augmentation des temps de téléphone personnel pour les adolescents hospitalisés pour maintenir un lien avec l'entourage</li> <li>- Accompagnement pour évaluation des compétences scolaires et aménagements (école à l'hôpital en ligne)</li> </ul>

322

**Figure 1** : Proportions de consultations totales (présentielles et téléconsultations) à la Maison des Adolescents entre janvier et juin 2020 par rapport à 2019



**Figure 2 :** Proportions de consultations psychiatriques et psychologiques (présentielles et téléconsultations) à la Maison des Adolescents entre janvier et juin 2020 par rapport à 2019



**Figure 3** : Proportions de consultations somatiques (présentielles et téléconsultations) à la Maison des Adolescents entre janvier et juin 2020 par rapport à 2019

