

## Pratique clinique

# Une expérience d'hôpital de jour d'addictologie virtuel pendant la Covid-19

Nicolas Thiercelin<sup>1,\*</sup>, Yasmina Frem<sup>2</sup>, Vangelis Anastassiou<sup>1</sup><sup>1</sup> Centre Hospitalier des Quatre Villes, service d'Addictologie, 141 grande rue 92310 Sèvres, France<sup>2</sup> Centre Hospitalier des Quatre Villes, Hôpital de jour d'Addictologie, 141 grande rue 92310 Sèvres, France<sup>\*</sup> Correspondance : Nicolas Thiercelin, Centre Hospitalier des Quatre Villes, service d'Addictologie, 141 grande rue 92310 Sèvres, France, [n.thiercelin@ch4v.fr](mailto:n.thiercelin@ch4v.fr)

**Résumé :** **Introduction :** La majorité des hôpitaux de jour d'Addictologie (HDJA) a dû se réinventer pendant la première vague de la Covid-19. Le Pôle d'addictologie du Centre Hospitalier des Quatre villes à Sèvres (CH4V) a rapidement mis en place un HDJA virtuel pour assurer la continuité des soins. Cette étude vise à en évaluer l'impact. **Méthodes :** Onze patients sur vingt-deux ont accepté de participer au recueil de données. Le nombre de jours de consommation d'alcool par semaine, les quantités d'alcool consommées par occasion et le recours à des traitements anxiolytiques ont été recueillis. Les patients ont répondu à différents questionnaires : Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), échelle de stress perçu, questionnaire de fonctionnement social et questionnaire de satisfaction. **Résultats :** Nous n'observons pas d'augmentation des consommations, que ce soit en nombre de jours par semaine ou en quantité par occasion. Sept patients sur huit ont maintenu l'abstinence. Les scores des questionnaires sont restés stables. Par ailleurs, le score de satisfaction concernant la mise en place de l'HDJ virtuel est élevé. **Conclusion :** La mise en place d'outils technologiques peut constituer une aide précieuse dans le développement de programmes thérapeutiques en HDJA à condition qu'elle ne laisse pas certains patients en situation de précarité sur le bord de la route faute d'accès.

**Mots-clés :** Téléconsultation, virtuel, hôpital de jour, Addictologie, Covid 19

**Abstract: Introduction:** Most outpatient addiction care programs (HDJA) had to reinvent themselves during the first wave of the COVID-19 pandemic. The Addiction Department of the Centre Hospitalier des Quatre Villes in Sèvres (CH4V) quickly implemented a virtual HDJA to ensure continuity of care. This study aims to evaluate its impact. **Methods :** Eleven out of twenty-two patients agreed to participate in the data collection. The number of drinking days per week, the quantities of alcohol consumed per occasion, and the use of anxiolytic treatments were recorded. Patients also completed various questionnaires: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD), the Perceived Stress Scale, the Social Functioning Questionnaire, and a Satisfaction Questionnaire. **Results :** We observed no increase in alcohol consumption, either in terms of the number of drinking days per week or the quantities consumed per occasion. Seven out of eight patients maintained abstinence. Questionnaire scores remained stable. Additionally, the satisfaction score regarding the implementation of the virtual HDJA was high. **Conclusion :** The implementation of technological tools can be a valuable asset in the development of therapeutic programs in HDJA, provided it does not leave vulnerable patients excluded due to lack of access.

**Key-words :** Teleconsultation, virtual, outpatient care, addiction care, COVID-19

## 1. INTRODUCTION

En France, 90 % des Hôpitaux de Jours d'Addictologie (HDJA) ont déclaré ne pas avoir maintenu leurs activités en présentiel au cours de la première vague de COVID (1). Le fonctionnement des HDJA posait en effet plusieurs difficultés : nombreux déplacements des patients domicile-hôpital incompatibles avec les mesures de restriction, activités de groupe incompatibles avec le confinement et/ou la mise en place des gestes barrières, population de patients présentant des comorbidités à risque de Covid sévère nécessitant de limiter au maximum les contacts (2).

Les premières publications ont rapidement évoqué le risque d'apparition ou d'aggravation de comorbidités telles que les troubles du stress, la dépression, les troubles du sommeil (3) ainsi que le risque de recourir aux produits d'addiction pour gérer des états émotionnels négatifs ou par simple occasion comme dans les apéros virtuels (4). C'est d'ailleurs ce que les premiers retours de données en population générale ont montré avec une augmentation de la consommation d'alcool en nombre de jours par semaine (5) en particulier chez les moins de 50 ans vivant dans une ville de plus de 100 000 habitants (6). Plusieurs facteurs

explicatifs sont évoqués comme notamment l'ennui (7). Cette augmentation de la consommation est corrélée avec des risques d'anxiété et de dépression (6).

L'HDJA du CH4V accueille des patients ayant des projets de soins addictologiques variés (abstinence, consommation contrôlée) et est ouvert à toutes les addictions à partir du moment où le bénéficiaire des soins peut faire preuve d'une stabilité psychique et addictologique lui permettant d'évoluer et s'engager dans des activités de groupe en plus d'un suivi individuel pluridisciplinaire. L'HDJA du CH4V accueillait vingt-deux patients différents par semaine juste avant la période de confinement. Rapidement, nous avons réorganisé son fonctionnement. L'objectif de cette réorganisation était de stabiliser les situations cliniques addictives et psychologiques en prévenant la rechute addictive ou la décompensation des comorbidités dans cette période inédite de confinement et de retrait social. Il s'agissait aussi de réduire le risque de devoir recourir à une hospitalisation ou un passage aux urgences par exemple dans cette période particulière où l'ensemble du système de santé était mis à l'épreuve.

Dès la première semaine, nous avons mis en place un hôpital de jour (HDJ) en distanciel, combinant plusieurs modalités de suivi. Les infirmiers assuraient un suivi téléphonique quotidien, tandis que les consultations médicales et psychologiques étaient organisées chaque semaine. Un accompagnement social était également disponible à la demande.

En complément, des groupes thérapeutiques à distance ont été instaurés. Initialement proposés sous forme d'ateliers individuels à réaliser chez soi, ils ont rapidement évolué vers des séances interactives en visioconférence, en présence du thérapeute, à raison d'une séance par jour.

Pour centraliser ces ressources, un site internet dédié a été créé. Les patients y retrouvaient le planning hebdomadaire des activités thérapeutiques et avaient accès à des ateliers en autonomie, tels que des séances de relaxation, de pleine conscience et d'activité physique.

Nous avons en parallèle de ce déploiement d'HDJA distanciel mis en place un recueil des données avec l'accord des patients dans l'idée d'analyser à posteriori l'impact de ce dispositif.

## 2 MATERIELS ET METHODES

Un rendez-vous téléphonique régulier avec la psychologue a été réalisé avec chaque patient pendant une durée de deux mois pour évaluer sur un mode déclaratif le suivi des consommations (consommations déclarées d'alcool, de benzodiazépines et d'autres produits), la participation aux ateliers virtuels et la satisfaction sur la mise en place de l'HDJ virtuel.

Le suivi des consommations reposait sur plusieurs questions posées pendant l'entretien téléphonique d'évaluation clinique : Combien de jours sans consommation d'alcool avez-vous eu au cours des 7 derniers jours ? Si consommation ; quelle quantité d'alcool avez-vous consommée ? Au cours de ces 7 derniers jours, avez-vous eu recours à d'autres substances y compris des médicaments de type anxiolytiques (Diazepam, Oxazepam, Alprazolam etc.) ?

Les échelles suivantes ont été passées à MO, M1 et M2 sous forme d'hétéro-questionnaire : L'échelle du stress perçu, le questionnaire du fonctionnement social, et l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD). Ces échelles ont été choisies pour permettre d'évaluer l'impact de cette période particulière de confinement sur les symptômes d'anxiété, de dépression et de fonctionnement social, et pour pouvoir les corrélérer à d'éventuelles modifications de la consommation déclarée d'alcool.

### 2.1. Le Questionnaire du fonctionnement social

Le QFS évalue la fréquence des comportements et la satisfaction de la personne par rapport à ces comportements (8). Il recouvre les habiletés de vie autonome à travers les rubriques : « tâches de la vie quotidienne », « gestion financière et administrative » et « santé générale ». Il évalue aussi les relations sociales dans : « relations familiales et de couple » et « relations extrafamiliales » ainsi que la participation à la vie communautaire à travers les questions des parties « activités », « loisirs » et « vie collective ». Pour chaque rubrique, il y a une question qui décrit la fréquence du comportement et l'autre la satisfaction du patient à ce sujet. Les 16 questions de cet instrument sont cotées en 5 degrés. On évalue uniquement les deux dernières semaines. Les possibilités de réponses vont de « tous les jours » (coté 5 points) à « jamais » (coté 1 point) pour la fréquence et pour la satisfaction, elles vont de « très satisfait » (coté 5 points) à « très insatisfait » (coté 1 point).

On obtient un score global G qui représente la somme des réponses (minimum 16 à maximum 80). Plus le score est élevé, meilleur est le fonctionnement social

## 2.2. L'échelle HAD

L'échelle HAD est un instrument qui permet d'évaluer la présence de symptômes dépressifs et/ou anxieux (9). Elle est composée de 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions sur l'anxiété et sept autres sur les symptômes dépressifs. On obtient ainsi deux scores A et D. Pour poser un diagnostic de symptomatologies anxieuses et/ou dépressives, les seuils des scores proposés pour chacune des parties (A et D) sont :

7 ou moins : absence de symptomatologie

8 à 10 : symptomatologie douteuse

11 et plus : symptomatologie certaine.

## 2.3. Echelle du stress perçu

Cette échelle du stress perçu a été élaborée par Cohen S et al. en 1983 (10). Le patient est invité à répondre aux 10 questions selon une échelle s'étalant de 1 (jamais) à 5 (très souvent), au sujet des émotions et ressentis liés à une ou plusieurs situations perçues comme stressantes au cours des 4 semaines précédentes. Plus le score est élevé, plus le stress perçu est important.

## 2.4. Questionnaire de Satisfaction

Le questionnaire de satisfaction a été construit par l'équipe de l'HDJ, il est composé de 4 questions cotées de 1 à 10, chacune reprenant les principes des échelles visuelles analogiques. Un score moyen est obtenu à partir des réponses.

Sur une échelle de 1 à 10 :

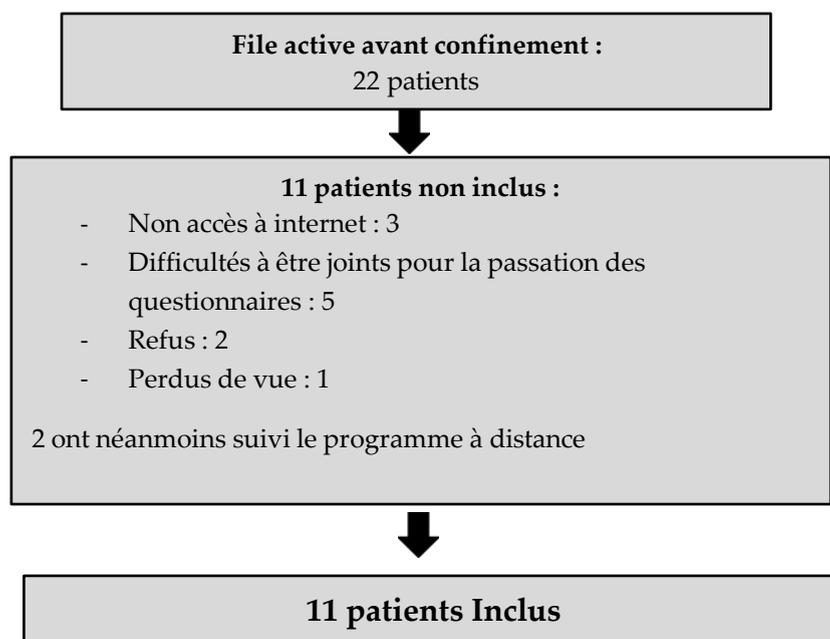
1. A quel point l'HDJ virtuel vous semble-t-il compenser l'HDJ ?
2. A quel point êtes-vous satisfait de l'existence du site ?
3. A quel point êtes-vous satisfait du contenu du site ?
4. Quel besoin ressentez-vous de consulter le site en plus du suivi individuel téléphonique ?

## 2.5. Evaluation Clinique

Le questionnaire d'évaluation clinique hebdomadaire a été conçu par l'HDJ. Il est composé de 6 questions portant principalement sur les sept derniers jours précédant l'entretien téléphonique :

1. Combien de jours sans consommation avez-vous eus au cours des 7 derniers jours ?
2. Si vous avez consommé ; quelle quantité avez-vous consommée ?
3. Au cours de ces 7 derniers jours, avez-vous eu recours à d'autres substances y compris des médicaments de type anxiolytiques (Diazepam, Oxazepam, Alprazolam etc.) ?
4. Au cours des 7 derniers jours, Combien de fois avez-vous visité le site internet de l'HDJ ?
5. Quels ateliers avez-vous réalisés chez vous à partir du site, à quelle fréquence ? (Détailler)
6. Combien de personnes sont confinées avec vous en ce moment ?

## 3. RESULTATS



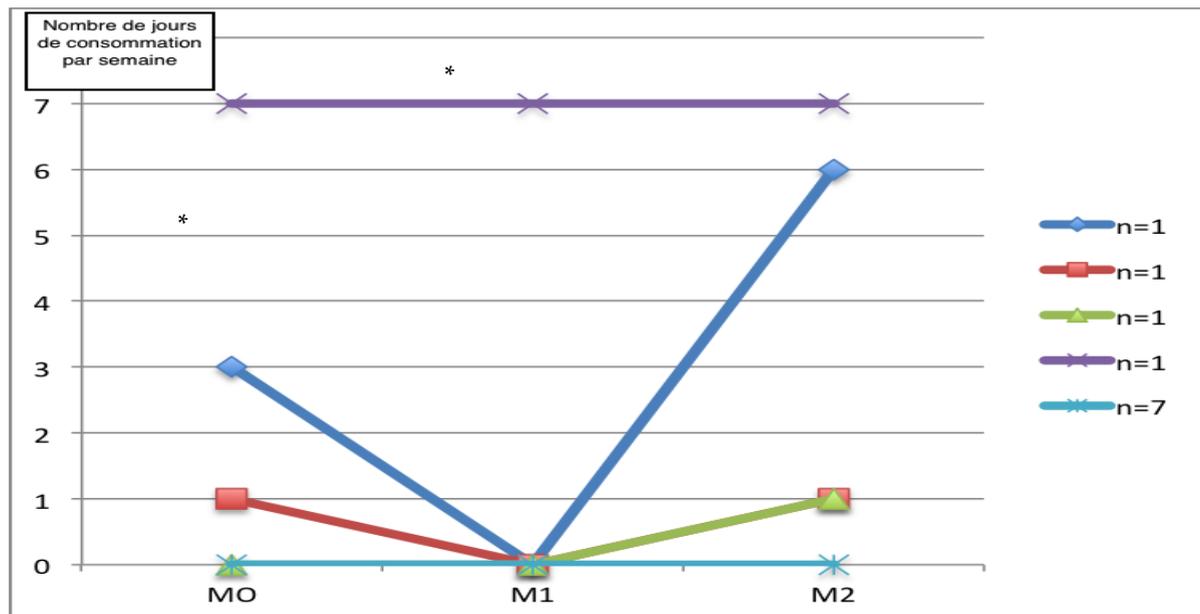
**Figure 1 :** Procédure d'inclusion

Parmi les 22 patients de la file active, onze ont été inclus dans l'étude (cf. Figure 1). Tous les patients inclus bénéficiaient de soins à l'HDJ spécifiquement pour un trouble de l'usage d'alcool sévère. L'âge moyen était de 55 ans avec 55 % de femmes et 45 % d'hommes. Tous les patients avaient un logement stable et une couverture sociale. Les patients vivaient le confinement avec au moins 1 personnes (moyenne 1.2). Les patients non inclus dans l'étude continuaient à bénéficier des mêmes outils de suivi proposés, mais sans recueil de données.

	M0	M1	M2
<b>Questionnaire de Satisfaction</b>	7.6	7.8	8.3
<b>Fréquence hebdomadaire de consultation du site</b>	4.7	5.9	4.8
<b>Questionnaire de fonctionnement social</b>	64	-	63
<b>Echelle HAD : Anxiété</b>	8	-	7.3
<b>Echelle HAD : Dépression</b>	5.5	-	5.6
<b>Echelle de stress perçu</b>	33.6	-	33.6
<b>Nombre moyen de personnes confinées avec le patient</b>	1.2		1.2

Note : N = 11 ; Résultats exprimés sous forme de moyenne. Évaluations réalisées sous forme d'hétéro-questionnaires.

**Tableau 1 :** Résultats des évaluations à MO, 1 mois et 2 mois après le début de la mise en place de l'HDJ virtuel .



Note : Chaque ligne représente un nombre n de patients. Les résultats sont exprimés en nombre de jours de consommation par semaine.

**Figure 2 :** Nombre de jour de consommation d'alcool par semaine et par patient au cours de la mise en place de l'HDJ virtuel

L'ensemble des échelles réalisées montre une stabilité des résultats entre le début de la mise en place de l'HDJ virtuel et la fin (cf. Tableau 1). L'évaluation du nombre de jours de consommation d'alcool par semaine montre aussi une stabilité (cf Figure 2). Sept patients sur huit ont maintenu l'abstinence.

#### 4. DISCUSSION

La pandémie a transformé le paysage des soins en santé. Les dispositifs de soins en Addictologie ont dû s'adapter et se sont mobilisés pour proposer une offre de soins à distance sous formes diverses (Audio, Vidéo, e-mails, par exemple) afin d'assurer le suivi, la prescription, le soutien et l'orientation des usagers, garantissant ainsi la continuité des soins et des accompagnements (11).

Dans le cadre de la mise en place de l'HDJ virtuel au CH4V, le niveau de satisfaction exprimé a été relativement élevé et s'est amélioré au fil du temps atteignant 8.3/10 au deuxième mois. Le site internet permettait l'accès à un planning thérapeutique calqué sur le fonctionnement en présentiel, offrant aux patients des horaires structurés pour les différentes activités thérapeutiques.

Initialement axé sur l'auto-gestion, avec des liens vers des exercices de relaxation, de pleine conscience et des activités physiques à réaliser chez soi en autonomie, le programme thérapeutique a progressivement évolué pour inclure des ateliers en direct. Ces ateliers comprenaient des groupes de parole, des groupes motivationnels, un atelier cinéma (film à regarder chez soi puis débat et discussion en direct), des groupes de thérapie cognitive et comportementale, et des ateliers d'écriture. Le site était régulièrement mis à jour, avec l'ajout de nouveaux ateliers et l'édition hebdomadaire du planning thérapeutique.

Cette mise à jour continue, ainsi que l'évolution vers des ateliers en direct avec des rendez-vous fixes pour participer aux groupes peut expliquer l'augmentation de la consultation du site, atteignant en moyenne 5.9 visites par semaine et par patient à la fin du premier mois. En parallèle, le suivi pluridisciplinaire par téléphone a été maintenu.

Les résultats de notre étude semblent concordants avec d'autres démarches similaires menées pendant cette période où l'ensemble des HDJ ont dû se réinventer (12). Il est intéressant de noter que, suite à l'expansion de la télésanté liée à la pandémie, les patients souffrant de troubles de l'usage de substances seraient plus enclins à utiliser ces outils de suivi virtuel comparativement à ceux atteints d'autres pathologies chroniques. Cela pourrait expliquer la bonne adhésion à ce programme à distance ainsi que la régularité des consultations du site internet (13).

Les inquiétudes liées à sa santé ou celle de ses proches, l'incertitude concernant l'évolution de la maladie, la diffusion d'informations contradictoires par les médias, ainsi que le décompte quotidien du nombre de décès auraient pu augmenter le niveau d'anxiété (14). Or, le score d'anxiété HAD est passé de 8 à J0 à 7.3 à deux mois et l'échelle de stress perçu est restée stable à 33.6.

Parmi les hypothèses expliquant cette stabilité, on peut citer l'accompagnement quotidien, qui a permis d'apporter de la réassurance, de limiter un isolement trop important et un score de fonctionnement social élevé.

Nous n'avons pas observé d'aggravation des symptômes dépressifs, contrairement à ce que nous pourrions attendre d'une telle période (14) (15) et ce qui a pu être retrouvé en population générale où il était noté trois fois plus de symptômes dépressifs comparativement à une période normale (16). La solitude accrue et les interactions sociales réduites étant des facteurs de risque pour plusieurs troubles mentaux, notamment la dépression. La mise en place de téléconsultations et d'ateliers de groupe à distance a pu permettre de lutter contre cet isolement en favorisant aussi les échanges sociaux entre patients.

En ce qui concerne les niveaux de consommations d'alcool (nombre de jours de consommation par semaine et quantité consommée par jour de consommation), nous observons également une stabilité avec un maintien élevé de l'abstinence (7 patients sur 8) ce qui est cohérent avec d'autres résultats observés ailleurs (12). Les consommations lorsqu'elles avaient lieu pour les autres patients restaient stables sauf pour un patient qui a pu bénéficier d'un sevrage ambulatoire en téléconsultation. Il n'y a donc pas eu dans notre population d'augmentation majeure des consommations contrairement à ce qui aurait pu être redouté (17). Par ailleurs nous ne notons pas dans notre population d'augmentation de consommation de benzodiazépines ou d'autres substances comparativement à ce qui aurait pu être attendu (5).

Sur l'ensemble de la file active (patients inclus et non inclus dans l'étude), nous ne déplorons qu'un seul perdu de vue ; Ainsi 95 % des patients ont maintenu un suivi au moins par téléphone avec les professionnels de l'HDJ. Là aussi cela semble rejoindre les données connues (12). En effet, Les outils de suivi à distance ont déjà montré leur utilité dans la réduction des consommations d'alcool tout en améliorant le suivi en élargissant l'accessibilité aux services de santé (18).

Cette enquête nous a néanmoins fait prendre conscience de la fréquence d'un accès limité à Internet, voire à l'impossibilité d'utiliser le téléphone pour certains patients qui n'ont pu participer en raison d'une situation sociale précaire ou tout simplement par manque de réseau. Ceci a pu entraîner une perte de chance pour le maintien d'un suivi de qualité dans cette période particulière. Les nouvelles technologies utilisées en addictologie doivent être déployées sans exclure les patients les plus précaires et en tenant compte d'avoir accès à un espace privé et sûr au domicile pour garantir le secret professionnel (7). Elles pourraient alors être de formidables outils pour améliorer certaines prises en charges dans l'avenir (19), (20).

Les limites de cette évaluation sont évidemment nombreuses : faible échantillon et recueil de données socio-démographiques faible, biais de sélection et de désirabilité, évaluation des consommations sur la base du déclaratif et absence de corrélation entre les déclarations de consommation et d'éventuels prélèvements biologiques.

## 5. CONCLUSION

En plus d'un suivi par téléphone, un programme thérapeutique de groupe à distance a pu être mis en place et a pu favoriser une stabilité addictologique et psychique des patients. Il est à noter que ces outils ne doivent pas exclure ceux qui ne disposent pas des moyens technologiques suffisants pour y avoir accès. Cette période difficile a néanmoins été source de créativité et a permis d'ouvrir le champ des possibles dans l'accompagnement et les programmes de soins des patients en HDJ d'Addictologie nous offrant une expérience précieuse dans l'utilisation de ces outils qui pourraient se déployer et être évalués dans d'autres circonstances (personnes à mobilité réduite, difficultés de transport, difficultés de déplacement permanente ou temporaire (personnes âgées, immobilisation pour fracture), voyageurs pour exemple).

Cette mise en place d'HDJ virtuel a été aussi bénéfique pour les soignants. Il existait un besoin de se sentir utile ne travaillant pas en première ligne face au Covid au sens réanimatoire. Il a également pu exister une forme d'inquiétude à l'idée d'abandonner les patients, un besoin de retrouver du contrôle dans cette période inédite d'incertitude et un besoin de faire face à l'absence des patients physiquement en faisant preuve de créativité. Il n'a pas été rare de recevoir des retours de patients s'inquiétant de notre état de santé. Inversant brièvement les rôles en s'inquiétant de l'état de ceux qui prennent soin d'eux (21).

**Liens et/ou conflits d'intérêts :** Aucun.

**Remerciements :** A tout ceux qui ont participé à la mise en place de cet HDJ virtuel : Mme Le Cle'ch Fabienne Assistante sociale, Mme Chevalin Aurélie éducatrice sportive, Mme Narwa Helene secrétaire, Mme Venin Cécile infirmière, Mme Deloy Romane psychologue, Mme Defais Corinne art-thérapeute. Grand remerciement au Dr Farina du CSAPA de Trappes en tant que relectrice.

## 6. REFERENCES

1. Haut Conseil de Santé Publique. Covid-19 : personnes à risque et mesures barrières spécifiques à ces personnes [Internet]. Paris : HCSP ; 2020 [cité 2020 oct 27]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=807>
2. COPAAH, CUNEA. Questionnaire national addictologie 17p [Internet]. 2020 [cité 2020 oct 27]. Disponible sur: [https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/06/Resultats\\_enquete.pdf](https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2020/06/Resultats_enquete.pdf)
3. Pfefferbaum B, North CS. Mental health and the Covid-19 pandemic. *N Engl J Med*. 2020 Aug 6;383(6):510–2.
4. Mengin A, Allé MC, Rolling J, Ligier F, Schroder C, Lalanne L, et al. [Psychopathological consequences of confinement]. *Encephale*. 2020 Jun;46(3S):S43–52.
5. Fédération Addiction. Global Drug Survey spéciale Covid 19 : premiers résultats et poursuite de la participation [Internet]. 2020 [cité 2020 oct 30]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/global-drug-survey-speciale-covid-19-participation-et-premiers-resultats/>
6. Santé publique France. Tabac, alcool : quel impact du confinement sur la consommation des Français ? [Internet]. 2020 [cité 2020 nov 2]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais>
7. Gérome C, Gandilhon M. Bulletin TREND Covid-19. Usages, offre de drogues et pratiques professionnelles au temps du COVID-19 : les observations croisées du dispositif TREND [Internet]. Paris : OFDT ; 2020 [cité 2020 nov 2]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/Bulletin-TREND-COVID-1.pdf>
8. Zanello A, Weber Rouget B, Gex-Fabry M, Maercker A, Guimon J. [Validation of the QFS measuring the frequency and satisfaction in social behaviours in psychiatric adult population]. *Encephale*. 2006 Feb;32(1 Pt 1):45–59.

9. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361–70.
10. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983 Dec;24(4):385–96.
11. Gliske K, Welsh J, Braughton J, Waller L, Ngo Q. Telehealth services for substance use disorders during the COVID-19 pandemic: longitudinal assessment of intensive outpatient programming and data collection practices. *JMIR Ment Health*. 2022 Mar;9(3):e36263.
12. Gomet R, Souchet C, Le Mouellic M, Maafa A, Labey A, Sanou K, et al. Coronavirus : l'hospitalisation de jour d'addictologie se réinvente en temps de confinement. *Alcoologie et Addictologie* [Internet]. 2020 Jun 15;42 [cité 2020 nov 2]. Disponible sur: <https://alcoologie-et-addictologie.fr/index.php/aa/article/view/886>
13. Tilhou AS, Dague L, Chachlani P, Burns M. Can telehealth expansion boost health care utilization specifically for patients with substance use disorders relative to patients with other types of chronic disease? *PLoS One*. 2024 Apr 1;19(4):e0299397.
14. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e32.
15. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(6):e172330. DOI: 10.3390/ijerph17062032
16. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020 Sep;3(9):e2019686.
17. Clay JM, Parker MO. Alcohol use and misuse during the COVID-19 pandemic: a potential public health crisis? *Lancet Public Health*. 2020 May;5(5):e259.
18. Kruse CS, Lee K, Watson JB, Lobo LG, Stoppelmoor AG, Oyibo SE. Measures of effectiveness, efficiency, and quality of telemedicine in the management of alcohol abuse, addiction, and rehabilitation: systematic review. *J Med Internet Res*. 2020 Jan 31;22(1):e13252.
19. Leboyer M, Pelissolo A. [Psychiatric consequences of Covid-19 are in front of us...]. *Ann Med Psychol (Paris)*. 2020 Sep;178(7):669–71
20. Chick J. Alcohol and COVID-19. *Alcohol Alcohol*. 2020 Jul;55(4):341–2
21. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. [Health professionals facing the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: what are the mental health risks?]. *Encephale*. 2020 Jun;46(3S):S73–80.