

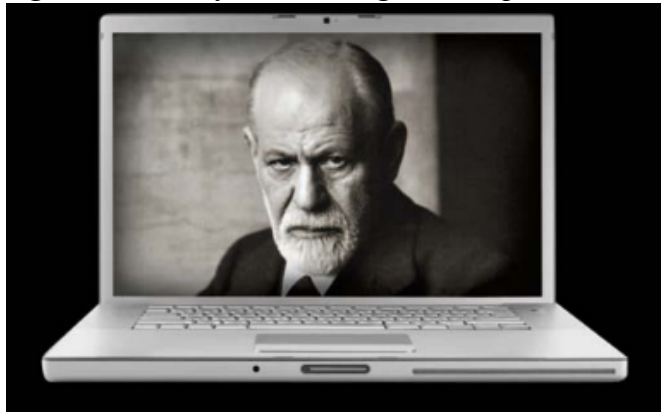
Table des matières

Introduction	5
Chapitre 1 – Le contexte : l’usage des psychothérapies dans la société française	7
1. Les troubles psychiatriques dans la population française au XXI^{ème} siècle	7
1.1. Des classifications selon le modèle médical.....	7
1.2. Les principaux troubles pris en charge en France	9
2. L’usage de la psychothérapie : chiffres et pratiques	14
2.1. Les psychothérapies en France, aujourd’hui	14
2.2. Les professionnels de la santé mentale	16
2.3. Qui sont les usagers des psychothérapies?.....	18
3. Un exemple de prise en charge en France : la dépression	27
4. Vécu et attentes des patient.e.s français.e.s.....	30
4.1. Un grand besoin d’information du public et des usagers.....	30
4.2. Retour et satisfaction des psychothérapies	32
Chapitre 2 – Les psychothérapies en France.....	37
1. Quatre principales approches.....	37
1.1. Approche psychodynamique (psychanalytique)	37
1.2. Approche cognitivo comportementale	42
1.3. Approche systémique/stratégique	50
1.4. Approche humaniste/existentielle/phénoménologique.....	58
2. Efficacité des psychothérapies.....	64
3. Approche intégrative	68
3.1. Une demande de la société française ?.....	69
3.2. La formation universitaire	70
Chapitre 3 – Un besoin de société = une réponse psychologique ?.....	75
1. La psychologie de la santé.....	75
1.1. Les maladies chroniques : un enjeu de santé publique et un enjeu humain.....	76
1.2. Intérêt clinique du plan de santé publique entre 2007-2011 : Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques	78
1.3. Ajustement psychologique à la maladie	82
2. Accompagnement psychologique en santé.....	88
2.1. Psychologue de la santé et interventions	88
2.2. L’éducation thérapeutique du patient (ETP).....	90
2.3. La thérapie de réduction de stress basée sur la pleine conscience (MBSR)	94
3. Les proches face à la maladie	98
3.1. Qui sont les proches ?	99
3.2. Répercussions de la maladie d’une personne sur ses proches	100
3.3. Lourdeur de prendre soin.....	101
3.4. Prise en charge psychologique des proches	102
Chapitre 4 – Une évolution des pratiques selon la société : La télépsychothérapie	109
1. La télépsychologie : Développement de la cyberpsychologie et de la télépsychothérapie.....	110
1.1. La télépsychologie, la psychologie d’une société écran	110
1.2. La cyberpsychologie , prise en charge par réalité virtuelle.....	111
1.3. La médiation thérapeutique et numérique	113
1.4. La télépsychothérapie : un outil ou une évolution du métier.....	115
2. La télépsychothérapie, une pratique clinique.....	116

2.1.	L'impact de la télépsychothérapie	116
2.2.	La pratique clinique de la télépsychologie	118
2.3.	Télépsychothérapie et Alliance thérapeutique	119
2.4.	Modalités importantes de la télépsychologie	123
3.	Une pratique à développer et à perfectionner.....	124
3.1.	Une formation à la télépratique.....	124
3.2.	Développer une réflexion éthique sur le sujet.....	126
3.3.	Pour tou-te-s les patient-e-s ?	129
Chapitre 5 – Une conclusion		137

Chapitre 4 – Une évolution des pratiques selon la société : La télépsychothérapie

Différentes formes de services à distance et mobiles ont commencé à s'infiltrer dans la pratique de la psychologie, l'utilisation de la technologie de visioconférence a augmenté rapidement au cours des dernières décennies et de manière exponentielle au cours des seuls derniers mois avec l'épidémie de la COVID-19. Par exemple, aux États Unis, 2% des psychologues utilisaient la visioconférence en 2000, 10% en 2008, 40% en 2016 (Batastini, Paprzycki, Jones, & MacLean, 2021). Et, ces tendances devraient se poursuivre pendant une bonne partie de la nouvelle décennie.



Compte tenu de la crise sanitaire mondiale de la COVID-19, il est nécessaire de reconnaître le fait que les psychologues se tournent presque du jour au lendemain vers les services virtuels, ayant frénétiquement besoin d'acquérir une formation et des infrastructures adéquates pour se mettre en relation avec les patient-e-s. La seule évaluation à l'heure actuelle a été réalisée au Québec où ce sont 90 % des psychologues qui pratiquaient en visioconférence contre une très faible minorité à la mi-mars.

Ce changement s'est accompagné de mesures législatives pour favoriser la télésanté. Ainsi, en France, le ministre de la santé a signé un décret le 9 mars 2020 permettant le remboursement des téléconsultations vidéo et la télé-expertise par l'assurance maladie nationale pour les patient-e-s présentant des symptômes de COVID-19 dans tout le pays, sans avoir besoin de connaître le-a patient-e au préalable. Le décret vise à diminuer les déplacements inutiles pour des consultations médicales, limiter le nombre de personnes se regroupant dans les salles d'attente, de filtrer et de détecter les patient-e-s malades, et permet le suivi des cas confirmés légers de la maison. Lorsque l'épidémie s'est aggravée, le financement temporaire a été légalement autorisé pour la prise en charge infirmière et obstétricale par vidéo ou téléphone (19 mars 2020) mais aussi de certaines thérapies (25 mars 2020).

Cependant, certaines limites sont déjà observées par les clinicien-ne-s, certains patient-e-s ont délaissé les séances en raison de l'insécurité financière, d'inconfort face au distanciel (ex. avoir un espace suffisamment privé pour pouvoir se confier, difficultés de connexion). Pour les patient-e-s et les clinicien-ne-s qui se sont initié-e-s, l'efficacité thérapeutique semble être au rendez-vous et les participant-e-s ont découvert une pratique complètement différente.

La crise sanitaire de la COVID-19 n'est pas la seule raison du développement exponentiel de la télépsychothérapie. Effectivement, la société évolue et une nouvelle génération est devenue adulte, la génération Z, les early adopters... des hommes et femmes particulièrement favorables aux nouvelles technologies et qui considèrent celles-ci comme un mode de

communication en soi et non plus seulement comme des médias. De plus, chaque nouvelle technologie est adoptée de plus en plus aisément.

Ce chapitre a pour objectif principal de se focaliser sur la télépsychothérapie afin d'illustrer son développement, ses modalités et d'explorer ses spécificités notamment relationnelles mais aussi pratiques. Il se termine en présentant les perspectives de cette pratique à savoir des recommandations pour développer ces pratiques et une réflexion éthique.

1. La télépsychologie : Développement de la cyberpsychologie et de la télépsychothérapie

L'utilisation de la télépsychologie va de l'utilisation du courrier électronique et des appels téléphoniques à la visioconférence en temps réel dans le monde entier. Si les clinicien-ne-s utilisent presque tou-te-s les téléphones, ordinateurs, internet et smartphones dans le cadre de leurs pratiques, formations et recherches. Certain-e-s n'utilisent ces technologies qu'occasionnellement, d'autres régulièrement, d'autres encore dans leur pratique quotidienne. Ceux-lles qui utilisent fréquemment la télépsychologie emploient régulièrement ces moyens pour développer une télépratique : effectuer des évaluations et séances cliniques avec des patient-e-s. Pratiquement tou-te-s les psychologues sont engagé-e-s dans la télépsychologie et doivent donc suivre les meilleures pratiques pour éviter les pièges, les défis et les problèmes éthiques et juridiques qui pourraient survenir dans cette pratique.

Cette première partie présente le développement de la télépsychologie comme réponse à l'évolution des modes de communication dans la société actuelle et illustre ce nouveau champ de la psychologie selon trois grandes applications : la cyberpsychologie, la médiation thérapeutique et virtuelle et la télépsychothérapie.

1.1. La télépsychologie, la psychologie d'une société écran

Notre quotidien relationnel, éducatif, ludique et professionnel est désormais marqué par la médiation numérique via nos écrans. Ces écrans occupent différentes fonctions : d'arrêt (voire d'occultation), de filtre, de projection et de médiation interpersonnelle (Missonnier & Vlachopoulou, 2019). Ainsi, les usages actuels des écrans informatiques traduisent la multiplicité et la complexité des relations humaines médiatisées par les technologies de l'information et de la communication. De par leur place centrale dans le quotidien et les relations interindividuelles, les technologies de l'information et de la communication questionnent la psychologie et celle-ci commence à s'en saisir malgré des débats sur leur profonde intégration.

Pour aller plus loin :

Missonnier, S., & Vlachopoulou, X. (2019). *Psychologie des écrans: «Que sais-je?» n° 4001. Que sais-je.*

Depuis longtemps, la psychologie utilise internet pour mener à bien des recherches sur des thématiques variées. Il s'agit alors de faire passer des questionnaires en ligne et récolter des données quantitatives. Ces données recueillies sont alors directement utilisables pour réaliser les analyses statistiques (la base de données est directement disponible). Les protocoles utilisant ce type de méthodologie sont aujourd'hui extrêmement nombreux. Ces travaux

représentent différents avantages, en termes de facilitation le recueil et le traitement des données et de l'information, un gain de temps très important et moins de professionnels mobilisés (ex. pas besoin de se rendre sur le terrain pour le recueil, pas besoin de rentrer les données dans un document Excel...).

Mais, aujourd'hui, la recherche n'est plus la seule à utiliser, bénéficier des technologies de l'information et de la communication. Même si l'usage du virtuel numérique fait partie des techniques thérapeutiques innovantes, il n'est en fait que le **prolongement d'un virtuel psychique présent dans le psychisme humain** dès la naissance.

1.2. La cyberpsychologie , prise en charge par réalité virtuelle

Beaucoup de travaux à visée thérapeutique en psychologie utilisent ces technologies de l'information et de la communication, notamment dans le domaine des TCC. Les travaux de cyberpsychologie illustrent une évolution scientifique notable, voire une révolution dans le champ de la santé mentale. Les pionniers dans ce domaine clinique se sont d'abord intéressés au **traitement des troubles anxieux à caractère phobique par réalité virtuelle** (Bouchard et al., 2017).

Pour aller plus loin :

Conférence de Stéphane Bouchard : Berner le cerveau pour traiter les troubles d'anxiété
https://www.youtube.com/watch?v=ClvuG5kbt2I&feature=emb_logo

La réalité virtuelle est « un ensemble de matériels technologiques permettant aux individus d'interagir efficacement avec un environnement tridimensionnel en temps réel géré par un ordinateur » (Malbos & Oppenheimer, 2020). L'objectif est de **sortir le sujet de son environnement** physique immédiat en le plongeant dans un monde virtuel créé de toutes pièces. Dans cet environnement, il·elle sera **exposé·e à différent·e·s situations ou stimuli**³² générés artificiellement et substituant la réalité (l'ordinateur diffuse des images sur l'écran du casque de réalité virtuelle). L'utilisateur·trice est sorti·e de son environnement physique afin d'être immergé·e dans un univers virtuel à l'aide d'équipement technique tel que casque de réalité virtuelle, écrans, gants de données, capteurs de localisation, etc. La réalité virtuelle reprend **trois principes importants : l'interaction en temps réel avec l'environnement virtuel, l'immersion**³³ dans cet environnement, et la **présence**³⁴.

Aujourd'hui, la réalité virtuelle dans le cadre de la psychologie clinique est utilisée en tant **qu'outil d'entraînement/d'exercice** dans le déroulement du traitement psychothérapeutique du·de la patient·e. La thérapie par exposition à la réalité virtuelle constitue la forme de thérapie par réalité virtuelle la plus couramment employée en psychologie clinique (Malbos & Oppenheimer, 2020). Les pionniers de l'utilisation de la réalité virtuelle en clinique l'ont utilisé dans la prise en charge des troubles phobiques (Bouchard et al., 2017). La thérapie par exposition à la réalité virtuelle n'expose donc pas le·a patient·e à des situations « réelles », mais bien à un univers numérique en trois dimensions. L'exposition en TCC (ex. par imagination ou in vivo) est une intervention bien connue et étudiée qui a montré de nombreux bénéfices, même lorsqu'elle est isolée. En exposition virtuelle, le·a patient·e interagit avec son

32 Aujourd'hui, les stimuli peuvent être visuels et auditifs mais, l'utilisation de stimuli tactiles, olfactifs ou gustatifs pourrait être envisagée dans un futur proche.

33 La sensation d'immersion fait référence au niveau qualitatif et quantitatif des stimuli employés pour simuler l'environnement et inclut des facteurs comme le nombre de sens stimulés, le nombre et le niveau des interactions possibles et le niveau de réalisme (Baus & Bouchard, 2014).

34 La présence est la perception psychologique d'être dans un environnement virtuel, malgré le fait d'être physiquement ailleurs (Baus & Bouchard, 2014). Cela est également possible dans d'autres domaines (ex. regarder un film prenant).

environnement virtuel dans l'objectif de réduire son anxiété par un procédé d'habituation aux objets et situations anxiogènes. **L'exposition à ces situations est progressive, et permet de réduire le sentiment de peur ou d'anxiété du·e la patient·e phobique.** Cette thérapie se déroule en consultation en présence du·e la thérapeute, avec un entretien clinique mené avant et après chaque immersion. Dans certains dispositifs, il est possible de réaliser ces thérapies en visioconférence. Cette modalité permet de développer une bonne relation thérapeutique et une efficacité comparable avec celles observées en thérapie traditionnelle en face-à-face (Germain, Marchand, Bouchard, Guay, & Drouin, 2010).

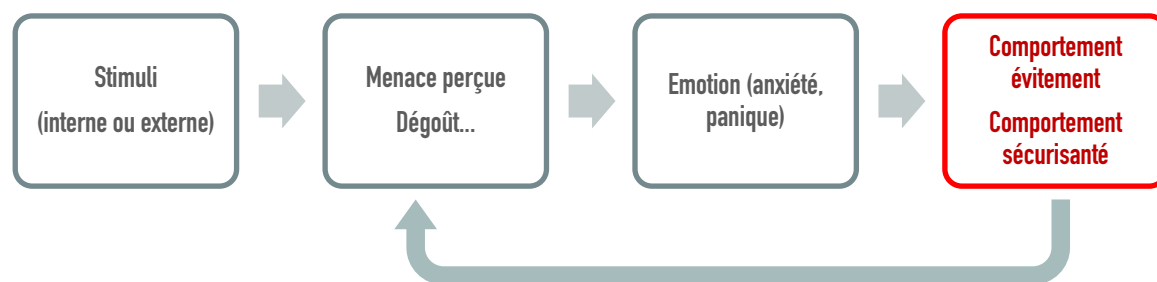


Figure 17. Cible de par exposition à la réalité virtuelle (selon Margreve, 2020)

L'utilisation de la réalité virtuelle permet d'offrir au·à la patient·e une **méthode thérapeutique plus douce, progressive et motivante** que les techniques thérapeutiques classiques (Margreve, 2020). Depuis ces premiers travaux centrés sur les troubles phobiques, son efficacité a également été démontrée dans la prise en charge de **troubles mentaux nombreux et variés : troubles obsessionnels-compulsifs, troubles anxieux généralisés, stress post-traumatique, autisme, schizophrénie, dépression, douleur, addictions, troubles des conduites alimentaires** (Maples-Keller, Bunnell, Kim, & Rothbaum, 2017). Effectivement, les recherches sont unanimes : les expositions en « réalité virtuelle » sont aussi efficaces que celles utilisées lors de TCC classiques, dans le monde « réel » (Lognoul, Nasello, & Triffaux, 2020). La même *réalité psychique* serait donc sollicitée dans ces deux types de situations.

Les résultats démontrent que les prises en charge par la réalité virtuelle produisent des changements de comportement significatifs également dans des situations de la vie réelle et soutiennent donc son application (Morina, Ijntema, Meyerbröcker, & Emmelkamp, 2015).

Lognoul et ses collaborateurs (2020) ont listé les **nombreux avantages** de la thérapie par réalité virtuelle :

- Réduction des coûts (temps et argent),
- Facilité d'accès des situations anxiogènes (ex. vol en avion),
- Environnement davantage sécurisé (ex. risque de chutes),
- Possibilité de contrôle de l'exposition (nature et intensité des stimuli) par le·a thérapeute,
- Possible standardisation des expositions,
- Plus grande acceptation par les patient·e·s,
- Accessibilité à des patient·e·s ayant des capacités de visualisation et d'imagination plus limitées,
- Garantie d'anonymisation de l'exposition (ex. patient·e ne croise pas de connaissances lors de son exposition), et
- Plus-value chez certain·e·s patient·e·s technophiles.

Quant à lui, Bouchard (2017) précise l'intérêt d'utiliser la réalité virtuelle pour les patient·e·s :

- L'usage d'expositions en réalité virtuelle permet **d'augmenter la motivation du·de la patient·e**, car l'utilisation des technologies employées présente un aspect attrayant.
- Le **sentiment d'auto-efficacité ainsi que la confiance en soi du·de la participant·e augmentent**, étendant ainsi les chances d'une potentielle exposition in vivo dans le futur.
- Les environnements virtuels sont construits de toutes pièces et par conséquent, facilement contrôlables. Cela rend possible une multitude de **prises en charge adaptées aux besoins spécifiques** du sujet.
- Les environnements et les stimuli qui en font partie sont multiples et flexibles. Les situations anxiogènes auxquelles le·la participant·e est exposé·e sont **d'intensité croissante**, en commençant par les situations les moins anxiogènes. Elles peuvent être **répétées autant de fois que nécessaire**.

Enfin, les auteurs sont nombreux à rappeler l'**extrême importance de la présence du·e la thérapeute et de la qualité des liens**, puisque ceux-ci demeurent le socle d'une alliance thérapeutique de qualité avec un impact positif sur l'efficacité de la thérapie (Bouchard et al., 2017; Lognoul et al., 2020).

Pour aller encore plus loin

Programme SimSensei, psychothérapeute virtuel :
<https://www.youtube.com/watch?v=ejczMs6b1Q4>

1.3. La médiation thérapeutique et numérique

Les médiations thérapeutiques sont utilisées depuis longtemps, reflétant le besoin d'adapter le cadre classique pour des patient·e·s qui ne peuvent pas en bénéficier pour des raisons propres, telles que leur problématique par exemple. Les premiers médias utilisés sont le dessin³⁵ par Donald Winnicott, les jeux avec les enfants par Mélanie Klein. D'autres médias et médiatisations sont aujourd'hui à la disposition des clinicien·ne·s qui peuvent se tourner vers eux si la situation s'y prête. Ainsi, la médiation s'illustre par un certain degré de malléabilité qui permet d'accueillir les mouvements inconscients mais aussi leur potentialité symbolique, éléments primordiaux pour avancer dans une thérapie. Mais alors quelle est la place possible des technologies de l'information et de la communication ? un média, une médiation ? une nécessité ?

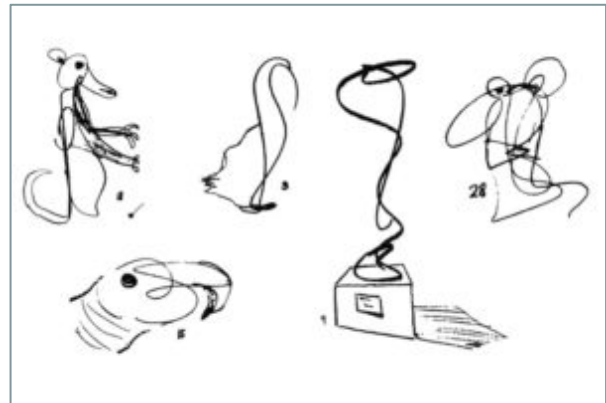


Figure 18. Squiggles avec D. Winnicott

La génération Z (cf. Figure 19) a toujours connu internet et l'ère du numérique, du multimédia et de l'information instantanée, en cela elle se différencie des générations précédentes et présente des spécificités propres (*Grown up digital: how the net generation is changing your world*, 2010). Pour les psychologues clinicien·ne·s, l'enjeu est réel. **Face aux transformations**

³⁵ Squiggle : <https://www.youtube.com/watch?v=Kb08XyJEu2U> et article de blog <http://psy-enfant.fr/squiggle-winnicott-definition/>

rapides et irréversibles de notre quotidien, de nos modes de pensée et d'interaction, il est plus que nécessaire de penser et d'élaborer comment accompagner au mieux le sujet. L'évolution numérique actuelle représente une réelle opportunité d'épanouissement, et tenter de limiter sa perception comme un risque d'aliénation pour les plus vulnérables (Haddouk, 2016, p. 46). Alors, certain·e·s clinicien·ne·s se sont saisi·e·s de ces technologies de l'information et de la communication comme des outils de médiation dans les thérapies qu'il·elle·s proposent à leurs patient·e·s.

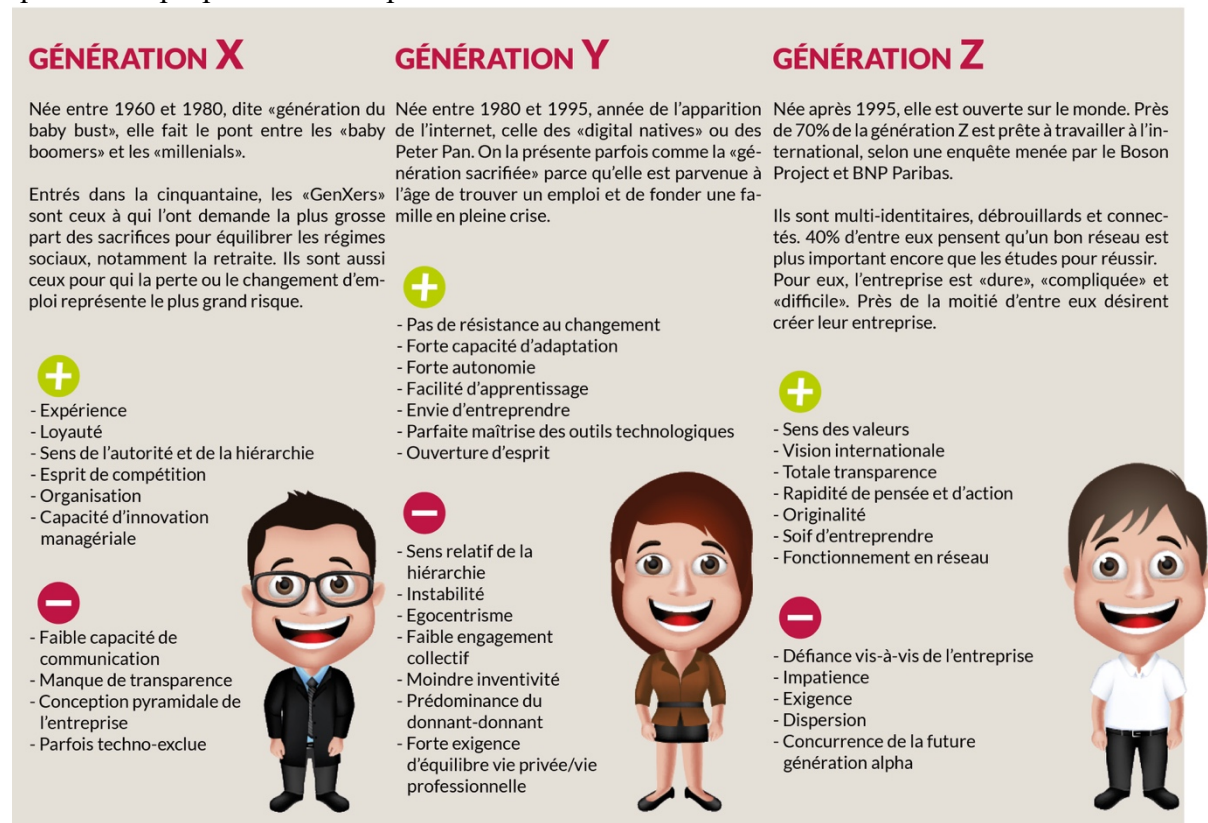


Figure 19. Les générations X, Y et Z face au numérique (©<https://www.journalducmm.com/>)

Un exemple de ces pratiques est la mise en place d'atelier jeu vidéo auprès d'enfants et jeunes adolescent·e·s présentant des troubles du comportement associés à des échecs scolaires, pathologies limites, troubles narcissiques, mais aussi des enfants psychotiques, autistes et souffrant de pathologie psychosomatique. En prise en charge individuelle ou de groupe, la pratique du jeu vidéo permet de développer :

- L'attention conjointe comme expérience constitutive dans la relation à l'autre. Le·a thérapeute devient ainsi le témoin ;
- La proprioception, à savoir la certitude d'être l'auteur d'une action. Le jeu vidéo aussi bien dans son feed-back que dans la jouabilité confirme que c'est bien moi qui agis dans l'image ;
- La réparation narcissique par la présence du·de la thérapeute et par les récompenses proposées par le jeu vidéo en lui-même.

En associant le jeu vidéo à des modalités classiques de prise en charge psychodynamique, Stora (2016) a identifié le rôle de cette pratique auprès des enfants : **un entraînement symbolique au travail sur soi et sur les *imagos parentales*** (e.g., la manière dont l'enfant se représente ses parents).

Un autre exemple consiste en le développement et l'utilisation d'un forum sur le suicide par une équipe de l'hôpital universitaire de Genève (<https://www.childrenaction.org/suicide-des->

[jeunes](#)). A partir du constat de l'accès très limitée aux adolescent·e·s suicidant·e·s dans le cadre clinique classique, cette équipe a développé un forum à la disposition des adolescent·e·s ayant des questions relatives au suicide, où des professionnel·le·s et d'autres jeunes participant·e·s peuvent répondre. Ce modèle qui favorise l'accès aux professionnel·le·s de santé mentale se développe aujourd'hui grandement auprès de cette population de jeunes adolescent·e·s, pour communiquer directement avec son·a psychologue ou psychiatre, interagir avec un avatar...

1.4. La télépsychothérapie : un outil ou une évolution du métier

La cyberpsychologie compte un domaine qui définit les contours du métier de psychologue avec l'usage du numérique : la télépsychologie. Celle-ci est définie comme la « prestation de services psychologiques à l'aide des télécommunications ». En télépsychologie, différentes technologies peuvent être utilisées, dans différentes combinaisons et pour différents objectifs au cours de la prise en charge, des échanges écrits (tchat, courriels, sms), des échanges verbaux (téléphone, avatars), et de la visioconférence. Il est fort probable qu'elles impactent la qualité de la communication et de la relation établie.

La télépsychothérapie, ou consultation par visioconférence, est l'une d'entre elle et, au contraire du forum présenté ci-dessus, cette technique préserve la **possibilité d'un contact visuel**. Ce dernier est **primordial dans les interactions** interpersonnelles (les dysfonctionnements de celui-ci sont observables dans de graves troubles psychopathologiques, tels que l'autisme ou la schizophrénie) et permet un mode de communication plus riche (Murphy, 2014).

Les psychologues ont développé l'une des premières télépsychothérapie dans des environnements cliniquement supervisés, par exemple, les systèmes pénitentiaires des États-Unis ont utilisé le téléphone pour fournir des services de santé mentale aux détenus, promouvoir l'accès des détenus aux soins, réduire les coûts et améliorer la sécurité (Cooper, Campbell, & Smucker Barnwell, 2019).

Les imageries cérébrales ont mis en évidence l'impact des différentes formes de thérapies par la parole sur les modèles d'activation du cerveau et un contraste certains par rapport à l'impact de l'exposition aux écrans (Small & Vorgan, 2009). Par exemple, face à la dépression, la psychothérapie stimule certaines régions connues pour contrôler l'humeur. Ou encore, élaborer ses propres pensées, émotions et problèmes permet d'activer des régions cérébrales : le lobe frontal en jeu dans le contrôle de la pensée et la résolution de problèmes et le lobe temporal en jeu dans la mémoire et les émotions. Malgré le média de type écran, la visioconférence met en œuvre la dimension visuelle et le regard, propres à la communication interindividuelle, notamment grâce à l'implication corporelle des participant·e·s.

Jusqu'à il y a peu, il n'existait pas de réelle méthodologie pratique de l'entretien clinique à distance en visioconférence, notamment en psychologie clinique. Malgré les réticences toujours présentes, les outils du·de la psychologue se trouvent enrichis de nouveautés numériques suffisamment innovantes pour s'en saisir. A l'époque freudienne, n'arrivait-il pas que la correspondance avec un·e patient·e fasse partie intégrante de sa thérapie ? Si les échanges épistolaires semblaient être un élément de la thérapie et se différencier de la situation analytique classique, qu'est ce qui rend si différent la thérapie en ligne par caméra interposées d'un face à face, fauteuil/ fauteuil... La télépsychothérapie demeure une méthode nouvelle à explorer, et pourtant beaucoup de professionnel·le·s de la psychologie clinique en font déjà

usage. Les sites proposant des consultations psychologiques en ligne sont en pleine expansion, leurs offres sont variées mais pas toujours en adéquation avec les règles éthiques et déontologiques. C'est d'ailleurs certainement pour cette raison que certains membres de la profession rejettent d'emblée ces dispositifs (cf. Chapitre IV . 3.2 page. 126).

Dans l'expérience de consultation en visioconférence, de nombreux aspects de l'entretien clinique classique permettent d'établir une relation objectale avec un autre et d'accéder aux registres conscient et inconscient du discours. Effectivement, le sujet amène sa « réalité » psychique, son monde interne et non une réalité qui serait virtuelle. De même, ce dispositif préserve la place du corps au cours de l'entretien, et ce malgré la distance (en contraste à l'absence du corps dans les échanges écrits tels que forums, e-mails, tweets, etc.). Enfin, malgré la distance physique, il est tout de même nécessaire de trouver une distance psychique « suffisamment bonne », à savoir un certain degré d'intimité pour réaliser l'entretien clinique.

Mais comment aménager au mieux le cadre de l'écoute en ligne afin de préserver l'identité professionnelle du.e la psychologue et la sécurité du.e la patiente ?

2. La télépsychothérapie, une pratique clinique

Cette partie présente les données probantes au sujet de la télépsychothérapie en visioconférence, concernant tant la pratique que le bien-être des patient.e-s, explorer les spécificités de l'alliance thérapeutique en télépratique et soumet les modalités importantes de la télépsychothérapie via les recommandations actuelles.

2.1. L'impact de la télépsychothérapie

L'utilisation de la visioconférence pour dispenser une psychothérapie (c'est-à-dire une télépsychothérapie) reçoit un soutien de plus en plus empirique. La Figure 20 présente l'évolution du nombre d'articles scientifiques entre 1996 et 2010 et met alors en évidence que seuls 28% des articles étaient non empiriques.

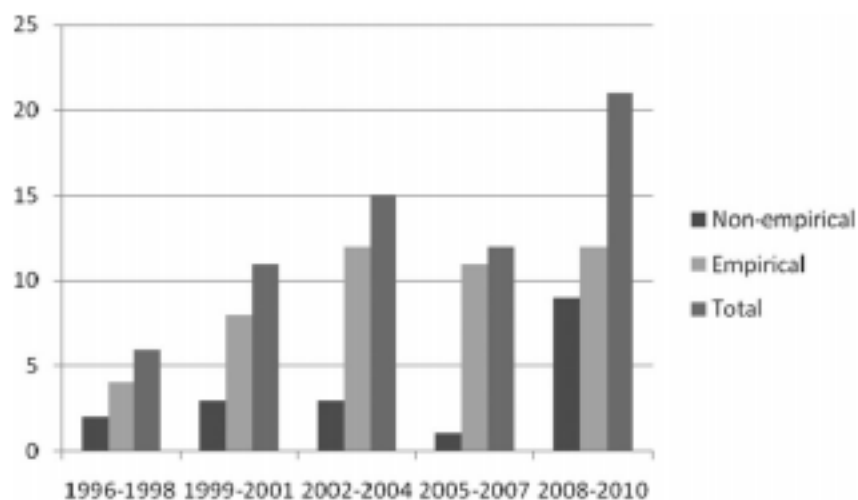


Figure 20. Nombre d'articles empiriques et non empiriques consacrés à la thérapie par visioconférence et publiés entre 1996 et 2010 (selon (Backhaus et al., 2012))

2.1.1. Pour les patient·e·s

A l'instar des autres domaines de la santé qui développent les visioconsultations, la télépsychothérapie est née en grande partie des efforts à fournir des soins flexibles et centrés sur le·a patient·e. La technologie a offert aux psychologues la possibilité d'atteindre des populations traditionnellement mal desservies (Adjorlolo, 2015; Willems & Leclercq, 2020). La télépsychothérapie supprime des obstacles et permet de vivre une expérience similaire à celle de la thérapie en personne, pour des patient·e·s :

- Vivant en milieu rural ou mal desservi, un réel enjeu aux vues des inégalités territoriales en matière de psychologues (cf. Chapitre I. 2.3.2 page. 19),
- Éloigné·e·s des professionnel·le·s (ex. autre pays, prise en charge non développée à proximité du bénéficiaire),
- N'ayant pas la possibilité de se libérer du travail ou d'une autre activité contraignante (ex. famille monoparentale et enfant en bas âge), ou
- Ayant des difficultés de mobilité (ex. handicap moteur, manque de mode de transport).

De plus, ce dispositif semble accessible à tous les âges de la vie, des enfants aux personnes âgées (Lee, Hall, & Sancibrian, 2017; Marra, Hamlet, Bauer, & Bowers, 2020). Il nous semble qu'une vigilance soit cependant à porter sur l'accès au réseau internet sur le territoire français. La télépsychothérapie a été utilisée dans une **grande variété de formats thérapeutiques et avec des populations diverses** (Backhaus et al., 2012).

La prise en charge psychologique en visioconférence a fait l'objet de plusieurs revues systématiques et méta-analyses (Backhaus et al., 2012; Batastini et al., 2021; de Bitencourt Machado et al., 2016; Hilty et al., 2013; Rees & Maclaine, 2015). Ces dernières soulignent toutes des **résultats équivalents aux prises en charge en face à face**, et ce pour différents troubles : anxiété, dépression, troubles des conduites alimentaires, assuétude, troubles obsessionnels et compulsifs, stress post-traumatique, etc.

Les études ont également montré un **niveau élevé de satisfaction des patient·e·s** impliqué·e·s dans une télépsychothérapie (Backhaus et al., 2012; Baigent et al., 1997; Doze, Simpson, Hailey, & Jacobs, 1999; Nerlich & Kretschmer, 1999). Les patient·e·s semblent également apprécier plus l'expérience de la visioconsultation par rapport à la consultation en face-à-face (Temple, Drummond, Valiquette, & Jozsvai, 2010).

2.1.2. Pour les clinicien·ne·s

Cette pratique par visioconférence promeut l'**accès** aux populations marginalisées, la **justice sociale**, en réduisant les disparités en matière de santé, et une autre valeur, **intégrer les facteurs culturels**, soit les croyances, valeurs morales, traditions et la langue des communautés accueillies (Cooper et al., 2019). Les psychologues s'engagent alors en faveur d'une **pratique éthique**.

Différentes études ont comparé la pratique classique à la télépratique, administration du MiniMental Satet Examination auprès de patient·e·s psychiatriques, séries de test neuropsychologiques... Les résultats obtenus par les clinicien·ne·s ont montré dans la plupart des cas que la télépratique donne des résultats très similaires aux évaluations en face à face (Temple et al., 2010). Ainsi, ils soulignent la **précision et la validité de l'évaluation clinique à distance** (e.g., vieillissement pathologique, évaluation intellectuelle, troubles cognitifs, troubles psychiatriques). Cependant, Kirkwood et ses collaborateurs (2000) ont fait remarquer

que les évaluations en visioconsultation **demandent plus de temps qu'en présentiel**, ce qui peut être considéré comme une réelle limite dans certains contextes cliniques.

Différents auteurs (Hilty et al., 2013; Willems & Leclercq, 2020) ont également souligné le fait que patient·e·s et clinicien·ne·s présentent de **bons niveaux d'acceptation** de la télépratique dans les différents domaines évalués pour les différentes populations.

L'impact de la télépratique sur la relation thérapeutique entre patient·e et thérapeute est abordée plus longuement au fil des parties suivantes (2.2 et 2.3.).

2.1.3. Limites de ces résultats

Tout d'abord, comme indiqué en 2.1.1, les résultats présentés dans cette partie sont très majoritairement issus d'étude optant pour des designs quantitatifs et dans le cadre de prises en charge de type TCC, neuropsychologie etc. En quelques années seulement, il y a eu plus de 200 essais contrôlés randomisés dans ce domaine (Andersson, 2018). De plus, ces recherches se sont majoritairement concentrées sur la possibilité d'adapter les techniques développées pour la thérapie en face à face à la télépsychothérapie, sans aborder la question de savoir comment cela peut interférer avec le développement de la relation thérapeute-patient·e. Pour cause Ellis écrit qu'« *un grand mythe de la psychothérapie est que, pour avoir de bonnes relations avec vos clients, vous devez leur montrer de l'empathie, du soutien et de l'acceptation, et vous devez les voir en face à face* » (cf. Chapitre IV - 2.3, page 119). Il n'est donc pas surprenant de constater qu'une grande partie de ce qui a été fait n'a pas porté sur les face à face vidéo mais plutôt sur le transfert des techniques de TCC sur Internet.

Ensuite, malgré l'abondance de livres et d'articles d'orientation psychodynamique sur le sujet (cf. Chapitre IV - 2.2.1, page 118), très peu de données quantitatives y ont été récoltées jusqu'à présent.

Enfin, les recherches qualitatives font cruellement défaut et pourtant leur apport primordial pour mettre en évidence le vécu des patient·e·s et thérapeutes, l'alliance thérapeutique et l'attitude des thérapeutes dans le cadre de la télépsychothérapie.

2.2. La pratique clinique de la télépsychologie

2.2.1. Selon les approches

Une façon d'envisager les différentes approches en psychothérapie (cf. Chapitre II) relève de leur vision du facteur curatif qui pourrait produire le changement attendu, il est alors possible de les diviser en deux : le « camp des techniques » et le « camp de la relation » (Weinberg & Rolnick, 2019). Chacun de ces « camps » considère des éléments différents comme essentiels pour apporter des changements, et par conséquent leurs attitudes envers la télépsychothérapie devraient différer.

Le « camp des techniques » souligne l'importance de la méthode de prise en charge et définit des protocoles dans lesquels certaines interventions sont considérées comme génératrices de changement. Des exemples clés sont la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), ainsi que des approches comportementales telles que la thérapie comportementale dialectique.

Le « camp de la relation » considère la relation thérapeutique comme le facteur curatif et facilitateur central du changement. Ce camp maintient une série d'hypothèses sur l'origine et le développement des problèmes mentaux, qui se concentre particulièrement sur l'importance des personnages initiaux dans la vie du·e la patient·e en tant que conceptualisation de sa vision du

monde. Il est supposé que les expériences centrales d'un individu dans son façonnent sa vie adulte. Souvent considéré comme d'inspiration freudienne, ce camp a évolué et met désormais l'accent sur les processus d'attachement (la mesure dans laquelle l'enfant ressent un modèle d'attachement sûr à la figure parentale). Cela permet d'expliquer le développement de concepts tels que le transfert (la manière dont un·e patient·e se rapporte à son·a thérapeute sur la base d'expériences avec des personnages importants de son passé). Autrefois, les thérapeutes dynamiques mettaient beaucoup l'accent sur l'interprétation des relations comme "la découverte de la source du problème du·e la patient·e", mais ces dernières années, il·elle·s ont tendance à percevoir la relation du·e la patient·e avec le·a thérapeute comme étant thérapeutique en soi. Certains des concepts centraux sont "tenir" et "contenir", et impliquent tous deux l'importance de la relation de soutien et d'acceptation. Face à la télépsychothérapie, ces professionnel·le·s se demandent alors si **le fait de tenir et de contenir peut-être transmis par la communication Internet et les écrans interposés**.

Chaque approche a abordé de manière différente le développement de la télépsychologie. Intuitivement, nous aurions pu nous attendre à ce que le « camp des techniques » soit le premier à mettre en œuvre et à documenter son application, puisqu'il apparaît plus susceptible d'utiliser la technologie que le « camp de la relation » qui tente parfois de détacher le processus thérapeutique du monde de l'informatique et des télécommunications (Weinberg & Rolnick, 2019). Toutefois c'est le « camp de la relation » qui a été le premier à écrire sur la télépsychothérapie. Finalement rien de surprenant puisque l'approche psychodynamique s'est toujours intéressée au cadre, la question de l'importance de l'interaction face à face a été réfléchie.

La première fois que ce camp a abordé directement la thérapie à distance, c'est peut-être lorsque le téléphone a été introduit dans le monde de la thérapie. Les thérapeutes ont commencé à se pencher sur la question de savoir comment poursuivre la thérapie lorsque le·a patient·e voyageait et ne pouvait pas se rendre au cabinet du·e la thérapeute (voir Saul, 1951). Cette question était cruciale, car les thérapeutes de l'époque estimaient nécessaires quatre à cinq séances par semaine. La psychanalyse par téléphone, sans voir le·a patient·e, aurait très probablement été acceptable car elle ne diffère pas de manière significative de l'allongement sur le canapé sans contact visuel entre patient·e et thérapeute. Toutefois, l'idée d'utiliser le téléphone pour la psychanalyse a plutôt été considéré "seulement comme un traitement de soutien" (Argentieri & Mehler, 2003). Quoi qu'il en soit, la nécessité d'enseigner les approches psychanalytiques et de former des thérapeutes dans des pays éloignés comme la Chine a poussé certains professionnel·le·s à *enfreindre les règles* en fournissant une supervision à distance et plus tard même une psychanalyse à distance pour les étudiant·e·s en thérapie. Puis, la démocratisation du logiciel Skype a permis une meilleure qualité de communication à distance et développé d'autres pratiques. Le passage au traitement à distance remet en cause certains dogmes et principes fondamentaux, ce qui explique certainement la disponibilité d'une vaste littérature et de discussions sur cette option, et sur la légitimité des soins à distance en visioconférence (Weinberg & Rolnick, 2019). De nombreux ouvrages ont déjà été écrits sur ce sujet (Carlino, 2011; Lemma, 2017; Russell, 2015; Scharff, 2018).

2.3. Télépsychothérapie et Alliance thérapeutique

Cette partie décrit trois grandes composantes de l'efficacité de la psychothérapie et leur évaluation dans le contexte spécifique de la télépsychothérapie.

2.3.1. Alliance thérapeutique

De nombreuses études suggèrent que l'alliance thérapeutique est un facteur important dans l'efficacité de la psychothérapie. Diverses mesures sont disponibles pour évaluer l'alliance thérapeutique, mais elles sont toutes centrées sur la force de l'alliance ressentie entre le·a thérapeute et le·a patient·e, et non sur le comportement réel adopté pour développer cette alliance. **L'alliance thérapeutique et le lien entre le·a patient·e et le·a thérapeute en visioconférence semblent être très bons**, et ce quel que soit l'orientation, intégrative ou psychodynamique (Allard et al., 2007). Leurs résultats ont effectivement montré que l'alliance thérapeutique était très élevée en face à face et par visioconférence, les différences entre les deux conditions étant très faibles et loin d'être significatives. Cependant, le sentiment de téléprésence a une influence directe sur les scores de l'alliance thérapeutique et semble servir de médiateur dans la relation entre l'efficacité de la thérapie et l'alliance thérapeutique (Robillard, Bouchard, Guitard, & Lefebvre, 2009)(cf. Chapitre IV - 2.3.3, page. 122).

2.3.2. Empathie clinique

Une courte définition de l'empathie est une méthode de collecte de données sur l'expérience d'une autre personne, données traitées ensuite pour comprendre l'autre personne et lui répondre de sorte qu'elle puisse évaluer si elle a été comprise. L'empathie correspond alors à l'expérience indirecte, vicariante : l'"expérience de l'expérience d'une autre personne" chez la personne qui fait preuve d'empathie. Une expérience vicariante est une forme de réceptivité : l'ouverture à l'expérience de l'autre, prendre sa perspective. Cependant, il ne s'agit en aucun cas d'une fusion avec l'expérience de l'autre personne, mais plutôt d'une représentation de l'expérience de l'autre, comme on peut le faire en regardant un film, en lisant un roman, ou en écoutant une personne parler de sa vie. Cette expérience indirecte est ensuite traitée avec empathie dans la compréhension, l'interprétation et la réaction.

Dans l'empathie, la compréhension exige de comprendre qui est l'autre personne en tant que systèmes de valeurs, selon ses expériences personnelles et interpersonnelles, émotions, pensées... La compréhension permet de saisir et de traiter la possibilité d'un passage du mal-être vers le bien-être, de la perturbation à l'épanouissement, du symptôme à son absence.

L'interprétation correspond à prendre la perspective de l'autre, « *comme si* » on était à la place de l'autre, avec l'ensemble de ses qualités selon la perception (imparfaite) du moment. L'interprétation vise à rendre l'autre explicite selon sa perspective. L'interprétation dépend donc de la compréhension, et la rend explicite. Ceci est d'autant plus important que des différences individuelles ou situationnelles sont manifestes.

La réactivité consiste à communiquer à l'autre personne ce que l'on a compris de son vécu. Cette capacité d'empathie peut être une expression concise comme la reconnaissance du courage ou de la persévérance de l'autre ou de son humanité. C'est également pour l'autre personne l'opportunité de valider ou non la perception proposée en fournissant des éléments supplémentaires pertinents.

Ces différents éléments constituent un processus empathique. Si la réponse empathique proposée est erronée ou incomplète, alors l'ensemble des étapes est réitéré. Cette définition de l'empathie est résumée dans la Figure 21.

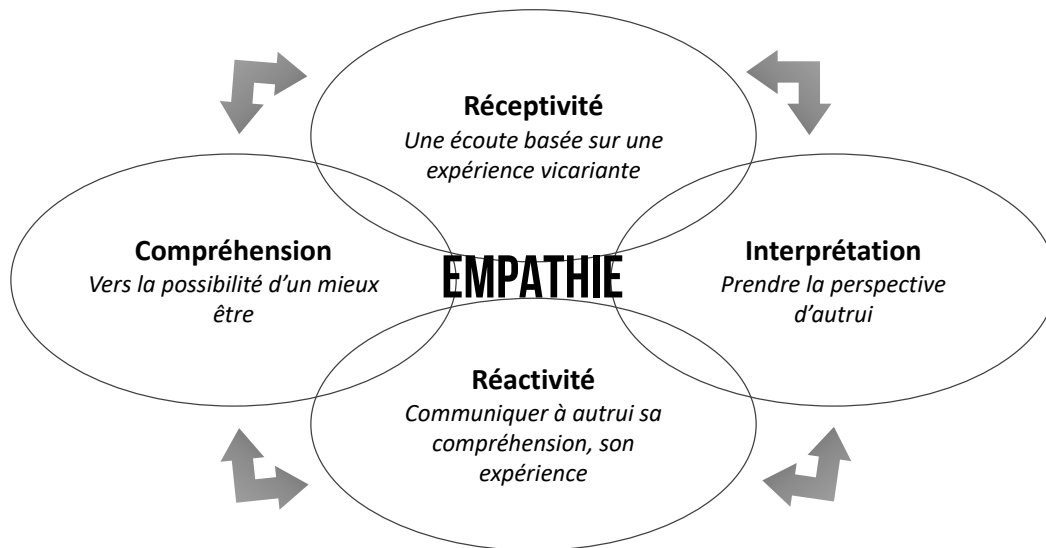


Figure 21. Fonctionnement de l'empathie clinique

Tout d'abord, malgré la distance la visioconsultation permet de voir le visage de notre interlocuteur·rice. Or, le visage humain est riche en micro-expressions émotionnelles dont beaucoup sont visibles même si l'écran est moins riche en détails qu'une expérience en face à face. Cependant, étant le seul élément visible de l'autre, le spectateur est amené à se concentrer sur le visage, et ce en détail. Le·a thérapeute a alors à sa disposition différentes informations visuelles pour faciliter sa compréhension et son interprétation empathiques. Cependant, les êtres humains sont des créatures incarnées, les micro-expressions faciales disponibles suffisent-elles à traduire l'ensemble des informations visuelles accessibles en présence ? La disposition générale du corps est atténuée, les mouvements des mains souvent invisibles, l'odorat est inaccessible... Agosta (2019) utilise l'exemple suivant pour illustrer l'absence de certaines fenêtres empathiques et thérapeutiques. Une rencontre avec un individu qui mesure 1,95 m et pèse 114 kg contrarié par quelque chose, est une situation de défi émotionnel. *L'empathizer* doit alors gérer à la fois son sentiment d'être bouleversé·e par une autre personne et sa propre crainte que l'individu ne devienne violent. D'une part, l'environnement en ligne peut offrir une certaine sécurité puisqu'il·elle·s se trouvent dans des espaces physiques distincts. La possibilité de violence n'existe plus et, en général, c'est une bonne chose. D'autre part, sans la possibilité implicite d'une escalade, on n'a pas la possibilité d'en démontrer la maîtrise : « Oui, je suis grand, mais je peux me contrôler et le thérapeute n'a pas besoin de convoquer la sécurité. »

Le média technologique ne semble pas non plus empêcher la rencontre psychothérapeutique, puisque la rencontre en personne concerne déjà précisément le symbolique et l'imaginaire (Weinberg & Rolnick, 2019). Et ce, même si le média ajoute certainement une dimension supplémentaire d'irréalité à la relation. La psychothérapie invoque une réalité qui lui est propre même en l'absence de cyber espace. C'est notamment le cas de la psychothérapie dynamique qui active des formes de transfert dans lesquelles le·a patient·e se met en relation avec le thérapeute "comme si" il·elle était en conversation avec une personne ou une réalité passée ou future, n'étant donc pas présente physiquement.

Ainsi, par l'empathie et le transfert, la réalité virtuelle existe déjà dans la séance de psychothérapie en personne. De plus, bien avant la technologie de la réalité virtuelle, les thérapeutes l'utilisaient en activant l'imagination du·e la patient·e en lui demandant d'imaginer telle ou telle situation. La place de l'empathie semble bien illustrer le fait que la psychothérapie

en visioconsultation n'est pas différente de la psychothérapie en présence mais est bien une nouvelle modalité à laquelle il faut s'adapter. La précision du processus empathique est-elle différenciée par la distance ? la nature même de l'empathie est-elle modifiée par la distance ?...

2.3.3. Présence en télépsychothérapie

Un grand nombre d'auteur·rice·s s'intéressant à la télépsychothérapie (par exemple Lemma, 2017; Russell, 2015; Weinberg & Rolnick, 2019) se sont concentré sur la question de la présence, se demandant s'il est possible de la créer dans le cyberspace.

Néanmoins, c'est un terme qui demeure relativement insaisissable, et peu défini. Geller et Greenberg (2012) confèrent à la présence thérapeutique la **qualité fondamentale sous-jacente de la relation thérapeutique** et, par conséquent, **à une thérapie efficace**. Ils décrivent la présence thérapeutique comme l'état d'avoir son moi entier dans la rencontre avec un·e patient·e ou un groupe en étant complètement dans le moment sur une multiplicité de niveaux : physique, émotionnel, cognitif et spirituel. La présence thérapeutique est donc **un engagement avec le·a patient·e et à être pleinement dans le moment avec et pour le le·a patient·e, sans avoir à l'esprit un but ou un objectif égocentrique** (Craig, 1986). Outre des déterminants individuels, la présence thérapeutique dispose donc de déterminants contextuels, d'où le questionnement de l'impact de la visioconsultation sur la présence.

Différentes études (par exemple, Allard et al., 2007; Bouchard, Dumoulin, Michaud, & Gougeon, 2011) ont établi un lien entre la présence et la force de la relation thérapeutique vécue lors de la télépsychothérapie. Il s'agit d'une présence spécifique à la télépsychothérapie : la téléprésence comme l'illusion d'être là, dans la salle de thérapie avec l'autre personne (Draper, Kaber, & Usher, 1998; Witmer & Singer, 1998). Ce résultat surprend, notamment après l'expérience de réunion par téléconférence, où la plupart des personnes participant déclarent ne pas se sentir substantiellement présentes. Une explication cet écart entre présence en télépsychothérapie et en réunion par visioconférence serait le **rôle des émotions ressenties lors des interactions verbales au cours des séances** de télépsychothérapie (Bouchard et al., 2011). Or, les émotions et la présence sont corrélées et les séances de psychothérapie sont généralement alimentées par un contenu émotionnellement plus fort, tandis que les réunions sont généralement moins chargées émotionnellement.

Ainsi, **plus l'investissement émotionnel des sujets serait fort, plus le sentiment de présence serait important**. Le sentiment de présence serait donc facilité par la qualité des échanges dans les entretiens cliniques, où les sujets parlent de leur histoire personnelle et de leur vie psychique et affective. Le cyberspace permet donc d'accéder à des interactions bien « réelles » sur le plan de la dynamique psychique des sujets en « présence » (Haddouk, 2016).

La présence est traditionnellement entendue dans sa dimension physique, puisque les participant·e·s à la communication se trouvent dans le même espace physique, ces récentes études permettent donc de mieux comprendre la présence dans le cyberspace selon un sens différent. La présence de l'autre est généralement ressentie en entendant la voix de l'autre et en voyant son visage et son corps, cette conception souligne que la présence physique ne soutient que la **présence subjective**. La présence du·e la thérapeute implique son immersion, sa passion, l'attention, l'implication émotionnelle, la rêverie et la motivation (Grossmark, 2007).

2.3.4. Transfert et contre transfert en télépsychothérapie

Le transfert et le contre-transfert sont des mécanismes pouvant apparaître en visioconsultation, de façon similaire à ceux d'un entretien classique en face à face. Les phénomènes transférocontre-transférentiels s'inscrivent dans les mêmes mouvements fantasmatiques, quel que soit le cadre de l'entretien, avec toutefois des spécificités dans leurs expressions sur Internet (Haddouk, 2016). Parmi ces spécificités, il y a la place du regard, qui est particulièrement investi et médiatisé par l'écran et la caméra. L'utilisation du cadrage grâce à la caméra sont également spécifiques à la visioconsultation. D'autre part, des phénomènes liés à des processus plus inconscients apparaissent de façon similaire dans la rencontre classique et en visioconsultation, tel que les retards, les lapsus ou les actes manqués. Là où le corps est absent, le sentiment de présence peut être observé, voire renforcé, dans une relation à distance. La distance physique ne semble donc pas empêcher l'écoute clinique, si le cadre est adapté.

2.4. Modalités importantes de la télépsychologie

2.4.1. Exigences technologiques et d'environnement

Bien qu'une compétence technologique soit requise, les psychologues n'ont pas besoin d'être des expert·e·s techniques. Il existe la possibilité d'acquérir des produits technologiques conçus pour les soins de santé qui permettent alors d'être aidé·e en cas de panne de matériel, de mise à jour de logiciels et de dépannage général. Pour s'engager dans les soins à distance par des technologies telles que la visioconférence ou le téléphone, le·a psychologue et le·a patient·e doivent posséder les outils et l'environnement appropriés. Par exemple, les professionnel·le·s sont invité·e·s à utiliser un numéro de téléphone pour les appels cliniques qui ne doit pas être partagé avec des personnes extérieures à la pratique (par exemple, la famille) pour protéger la vie privée et la confidentialité des patient·e·s. Les logiciels de visioconférence conçus pour la thérapie possèdent généralement des caractéristiques pratiques pour les thérapeutes (par exemple, une "salle d'attente" vidéo pour les patient·e·s, la possibilité d'assurer seulement aux participant·e·s invité·e·s de se joindre aux appels vidéo) et conformes aux règles éthiques (par exemple, le cryptage, les mécanismes visant à garantir la confidentialité des appels).

Les psychologues disposent également du choix de la technologie pour répondre à leurs besoins, par exemple la convivialité pour leurs patient·e·s.

Les psychologues et les patient·e·s doivent posséder un lieu physique approprié pour dispenser et recevoir les soins. Le lieu devrait être favorable à la protection de la vie privée des patient·e·s et posséder l'infrastructure nécessaire pour la prise en charge (par exemple, un Internet fiable, une ligne téléphonique). Par exemple, un·e psychologue pourrait dispenser des soins par visioconférence à partir d'un petit bureau à domicile. Toutefois, le·a psychologue ne doit pas fournir de soins par téléphone lorsqu'il·elle conduit sa voiture. De même, le·a patient·e pourrait recevoir des soins à distance dans une chambre lorsqu'il·elle est seul·e, et non lorsque d'autres sont présent·e·s. La télépsychothérapie est une prise en charge psychologique, et devrait donc conserver les mêmes normes de considération pour le professionnalisme que l'on attendrait pour les services en face à face.

2.4.2. Autres compétences.

L'adaptation des thérapies pour la prise en charge à distance exigent de prendre en compte des petits détails. La plupart des psychologues qui dispensent des soins par visioconférence ont connu les difficultés inhérentes à la communication avec leurs patient·e·s et en observant les

expressions du visage et les positions du corps de ces dernier·e·s. Certain·e·s clinicien·ne·s s'occupent de ces préoccupations en utilisant des caméras avec des angles larges qui sont déterminés et convenus entre les psychologues et les patient·e·s. Pour certaines thérapies, il est nécessaire d'identifier un moyen sûr d'échanger les évaluations, des devoirs et des enquêtes, de manière asynchrone ou en temps réel (par exemple, la thérapie de traitement cognitif). Certains psychologues choisissent alors d'utiliser des outils d'évaluation en ligne sécurisés ou le transfert de fichiers. D'autres s'appuient sur la communication verbale de ces données pendant la session. D'autres encore peuvent utiliser des applications mobiles sécurisées conçues pour améliorer la fidélité au traitement et répondre aux exigences des thérapies fondées sur des preuves.

Les travaux sur les critères de sélection des patient·e·s pour la télépratique existent mais ils relèvent également du jugement clinique par le·a psychologue. Certain·e·s clinicien·ne·s ne communiquent que des informations administratives à distance, tandis que d'autres proposent une prise en charge clinique. Certain·e·s clinicien·ne·s effectuent des prises en charge à distance uniquement auprès de patient·e·s pour des raisons de commodité, tandis que d'autres exercent leur activité principalement par visioconférence ou téléphone. Certain·e·s clinicien·ne·s choisissent d'effectuer toutes les modalités qu'il·elle·s proposent à distance, tandis que d'autres définissent étroitement leur pratique en fonction de ces modalités qu'il·elle·s considèrent comme les mieux adaptées à la prise en charge à distance (par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale vs. thérapie comportementale dialectique ; thérapie d'acceptation et d'engagement vs. hypnose clinique). À ce jour, étant donné que des recherches sont nécessaires, les psychologues déterminent leur approche thérapeutique de la télépratique sur la base de leur jugement professionnel et ainsi adapter leur pratique de la télépratique à leur niveau de compétence technique.

3. Une pratique à développer et à perfectionner

Comme tant d'autres commentateur·rice·s, Frueh a salué la télépsychologie comme la « clé pour résoudre les problèmes d'accès aux soins de santé mentale au XXI^{ème} siècle » (Frueh, 2015) et une « réponse moderne aux problèmes de santé mentale » (Frueh et al., 2007). Dans cette perspective, cette troisième partie décrit les supports nécessaires au développement de cette pratique et engage une réflexion éthique sur cette pratique.

3.1. Une formation à la télépratique

Le développement de la télépratique était déjà amorcé, cependant, les mesures relatives à la crise sanitaire de la COVID 19 ont accéléré ce mouvement. Les psychologues clinicien·ne·s, quel que soit leur domaine de pratique, participent déjà à l'intégration des télécommunications dans leur travail. Il·elle·s n'ont sans doute pas encore pris toute la mesure de l'importance de cette psychologie du virtuel quotidien et demeurent encore dans un entre-deux face à la nouvelle ère d'un numérique devenu une composante essentielle de notre environnement (Missonnier & Vlachopoulou, 2019). La télépratique ne représente pas une nouvelle spécialité clinique mais, elle exige des psychologues qu'il·elle·s **élargissent leurs compétences techniques et adaptent les pratiques** (Smucker Barnwell & Campbell, 2017).

Cependant, actuellement et à notre connaissance, les étudiant·e·s en psychologie disposent **d'options limitées pour la formation pratique et la supervision en télépratique en France.**

Aux États-Unis, pays le plus avancé sur cette pratique, les programmes de formation offrent des **compétences techniques** : comment utiliser la visioconférence et d'autres technologies, comment se positionner face à la caméra, les longueurs de mise au point pour capturer de l'information, et comment orienter un·e patient·e vers cette modalité. Il s'agit donc d'aspects logistiques mais aussi d'aspects relevant de l'**identification des patient·e·s approprié·e·s à la télépratique**, en comprenant les limites de la pratique (cf. Chapitre IV - **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**, page 129). Le cadre des interventions à distance offre également la possibilité d'**élargir leurs compétences cliniques**, par exemple établir des relations à distance, prendre en compte des problèmes non verbaux des patient·e·s.

Cooper et ses collaborateurs (2019) soulignent que ces nouveaux apports devraient également se concentrer sur la **diversité multiculturelle, les normes éthiques et juridiques, l'intervention, la supervision, et la recherche**. Ces éléments essentiels proposés ne sont pas exhaustifs mais fournissent un cadre initial grâce auquel les psychologues clinicien·ne·s peuvent commencer à conceptualiser la formation en télépsychothérapie dans le cadre du modèle de compétences (cf. Tableau 20).

Tableau 20. *Compétences des psychologues clinicien·ne·s* (Covey et al., 2013)

Compétences fondamentales	Compétences fonctionnelles	Compétences organisationnelles
1) Identité professionnelle	1) Plaidoyer	1) Systèmes interdisciplinaires
2) Relations interpersonnelles	2) Intervention	2) Consultation
3) Diversité individuelle et culturelle	3) Supervision	3) Gestion/administration
4) Valeurs et attitudes professionnelles	4) Évaluation	
5) Pratique réflexive/ auto-évaluation/ auto-soins	5) Recherche/évaluation	
6) Connaissances et méthodes scientifiques	6) Enseignement	
7) Normes et politiques éthiques et juridiques		

Pour aller plus loin :

Covey, M., Fouad, N., Jackson, M., Juntunen, C., Sauer, E., Stabb, S., & Voelkel, E. (2013). Counseling psychology core competencies, essential components, behavioral anchors, and examples.

En pratique, l'Ordre des psychologues du Québec a récemment mis en ligne une première formation à la télépratique.

Différent·e·s auteur·rice·s ont commencé à proposer des apports selon trois axes. Le premier axe souligne l'importance de contenu sur la **sensibilisation aux disparités en matière de santé parmi les populations mal desservies et/ou « marginalisées » et de compétence culturelle**. Le second axe souhaite répondre aux **questions éthiques et juridiques** soulevées par la télépratique, notamment des adaptations en matière de confidentialité, de limites de pratique, de stockage, des situations d'urgence, et de maîtrise du processus de décision bénéfice/ risque pour la prise de décisions cliniques. Enfin, le troisième axe de développement inclurait un module sur l'importance d'évaluer la **transférabilité des compétences cliniques des contextes en personne à la télépratique**. Ces facteurs peuvent inclure les préférences des patient·e·s, les facteurs culturels et d'autres variables qui pourraient prédire le succès du traitement, comme la compétence culturelle et l'humilité culturelle des psychologues clinicien·ne·s.

Il est également nécessaire de s'engager dans la **formation continue**, notamment car les compétences essentielles requises à une bonne pratique changeront continuellement avec l'évolution de la technologie. Il existe de multiples moyens d'obtenir cette formation professionnelle continue : webinaires, séminaires, podcasts, ateliers, en personne ou en ligne, ateliers sur les compétences techniques telles que le renforcement de la sécurité électronique, et achat de logiciels conformes. Bien sur l'issue peut également être le **développement professionnel** basé sur des lectures, alors des recherches et des auteurs doivent se pencher plus sur ce sujet encore mal documenté dans la littérature.

3.2. Développer une réflexion éthique sur le sujet

Campbell et ses collaborateurs (2018) ont fait valoir que les psychologues qui envisagent d'exercer une télépratique doivent être vigilant·e·s à quatre facteurs :

- 1) La relation entre le·a psychologue et le·a patient·e naît de l'initiative du·e la patient·e et non de la tentative du·e la psychologue de faire de la publicité ou de la participation du·e la psychologue à une plateforme de service. Les psychologues sont ainsi présent·e·s pour répondre aux demandes, et non des initiateur·rice·s de cette pratique.
- 2) Il est établi que la qualité de la télépratique est au moins égale, sinon supérieure, à la qualité de la pratique en face à face. De plus, certain·e·s patient·e·s ne pourraient avoir aucune prise en charge sans l'existence de la télépratique.
- 3) Les psychologues prennent des mesures pour garantir leurs compétences professionnelles et pour protéger les patient·e·s de possibles préjudices. Cela signifie que les psychologues, au minimum, connaissent et respectent les recommandations professionnelles.
- 4) Les psychologues procèdent à une évaluation diagnostique prudente, selon les antécédents et le niveau de risque, et déterminent que ces facteurs ne constituent pas une contre-indication à une prise en charge par visioconférence.

3.2.1. Recommandations des associations de psychologues

Face à l'essor de cette pratique, un encadrement des pratiques apparaît nécessaire, c'est pour cette raison que se sont rédigées des recommandations à destination des professionnel·le·s. Les recommandations, bien que non exécutoires, visent à identifier et à soutenir les professionnel·le·s dans un domaine de pratique ou de formation afin d'informer la profession et de protéger les patient·e·s.

En 2013, l'American Psychological Association (APA) a publié un document intitulé *Guidelines for the Practice of Telepsychology*. Et celui-ci a été traduit en français par l'Ordre des psychologues du Québec. Ce document, est disponible sur l'espace *moodle* à titre d'information puisqu'il a été développé dans le contexte légal et réglementaire qui prévaut aux États-Unis. Six des huit lignes directrices de l'APA correspondent aux concepts fondamentaux de comportement éthique qui encadrent la prise de décision et la pratique professionnelle des psychologues : la compétence, les normes de soins, le consentement éclairé, la confidentialité, la tenue de dossiers (c'est-à-dire la sécurité et la transmission des données et l'élimination des données) et les tests/évaluations.

Quant à l'Association Européenne (EFPA) et la Fédération Française des Psychologues (FFP), c'est face à la Covid 19 qu'elles ont établies des recommandations pour la pratique à distance. Celles-ci sont présentées dans le Tableau 21.

Tableau 21. Recommandations pour la télépsychologie (selon la FFP)

1. Discutez de l'option avec votre patient (de préférence par téléphone), expliquez-en le sens et insistez sur l'importance de compter sur les consultations en ligne dans le présent contexte.
2. Idéalement, le faire de façon privilégiée avec des patients que vous avez déjà rencontrés, avec lesquels vous savez intervenir au mieux avec eux. Cependant, dans le cadre de dispositifs mis à disposition de la population et des professionnels, et dans les circonstances spécifiques de l'épidémie (Croix Rouge, SPS, etc.), vous pouvez bien sûr être amenés à prendre en charge à distance des personnes en souffrance que vous n'avez jamais rencontrées.
3. Assurez-vous que vous-même et votre patient êtes dans un espace privé et que vous ne pouvez pas être dérangés durant l'ensemble de la consultation.
4. Assurez-vous d'avoir suffisamment de temps pour la mise en place technique.
5. Programmez en amont, le début et la fin de la consultation en accord avec votre patient.
6. Évitez de faire usage d'un ordinateur public, fermez la session à la fin de l'intervention et gardez votre système d'exploitation et / ou applications à jour.
7. Méthode, rigueur, compétence : le psychologue est conscient des limites de son intervention, de la relativité de ses évaluations, qui plus est lorsqu'il utilise un mode de communication non directe (risque de distorsion ou de perception erronée d'un message, information partielle, littérature scientifique limitée, etc.) et des limites de son champ de compétence s'il y a lieu.
8. Le psychologue explicite ses objectifs, ses méthodes et informe son patient sur les risques potentiels et/ou bénéfiques de la télépsychologie et sur les alternatives possibles.
9. Le psychologue est informé de ses obligations relatives au respect des législations en vigueur, notamment en matière de protection des données personnelles (RGPD³⁶) ; il s'assure que le support qu'il utilise pour réaliser des téléconsultations est en conformité avec ces obligations et veille à en informer préalablement son patient.

3.2.2. La compétence clinique

La compétence est la plus fondamentale de toutes les normes éthiques (Cooper et al., 2019). Les psychologues exercent dans le cadre de leur champ d'activité déterminé par leurs formations, supervision, et expériences professionnelles. En étendant la pratique à la télépsychologie, il est essentiel de maintenir un niveau de compétence équivalent à celui démontré lors de la pratique en personne. Les psychologues qui sont cliniquement compétents, dans les interventions, les compétences relationnelles et d'autres éléments de la psychothérapie peuvent constater que leur efficacité ne se transfère pas à la télépratique sans formation ou supervision supplémentaires. Par conséquent, les psychologues doivent procéder à une évaluation des besoins pour déterminer la pertinence et l'applicabilité de la télépratique au cas

³⁶ L'acronyme RGPD signifie « Règlement Général sur la Protection des Données ». Le RGPD encadre le traitement des données personnelles sur le territoire de l'Union européenne. Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/fr/rgpd-par-ou-commencer>

par cas. Les psychologues évaluent la pertinence d'un cas en tenant compte de différentes variables :

- variables en lien avec le·a patient·e et sa problématique,
- compétences technologiques du·e la patient·e et du·e la psychologue,
- besoins à haut risque du·e la patient·e,
- possibilités et ressources de prise en charge d'urgence,
- préoccupations liées aux limites de la télépratique,
- la langue du·e la patient·e et d'autres variables de diversité,
- état de santé mentale.

L'engagement dans une évaluation des besoins est un préalable à la pratique, car il a le potentiel d'améliorer les compétences et de contribuer à une bonne *gestion des risques* (Campbell, Millán, & Martin, 2018).

3.2.3. La prise en charge

Les *normes* de prises en charge qui s'appliquent aux thérapies menées en personne s'appliquent également à la télépratique (Cooper et al., 2019). En d'autres termes, toute *norme* professionnelle que les psychologues ont incorporée dans la pratique en personne est attendue dans la télépratique. Il s'agit par exemple de protéger les patient·e·s des décisions que les psychologues pourraient rationaliser pour favoriser la télépratique pour des raisons de commodité, mais qui auraient un effet négatif sur la qualité des prises en charge. Ainsi il est primordial que les psychologues soient attentif·ve·s aux études s'intéressant à l'impact de la télépratique et à l'adéquation des modalités thérapeutiques à la télépratique.

Avant de mettre en place la télépratique avec des patient·e·s, il est donc recommandé d'évaluer la situation en termes de bénéfices et risques, et les besoins spécifiques des patient·e·s. Cette évaluation peut s'intéresser à l'accès aux soins ou aux services de consultation, la commodité, aux besoins particuliers des patient·e·s, la sécurité de l'information, la gestion des situations d'urgence, et aux compétences technologiques. D'autres facteurs déterminants peuvent être l'état de santé, la consommation de substances, les antécédents de traitement, les hospitalisations, la classification diagnostique et les systèmes de soutien du patient·e dans le lieu éloigné.

Après avoir exploré les bénéfices et risques connus, les psychologues transmettront ces facteurs aux patient·e·s pour qu'il·elle·s collaborent et prennent ensemble la décision de développer une télépratique.

3.2.4. Le consentement éclairé

Le consentement éclairé à la télépratique commence par la prise de décision et l'éclairage de cette prise de décision (Cooper et al., 2019). Un exemple de question serait « *La télépratique sera-t-elle un complément à la pratique en personne ou toutes les séances seront-elles à distance ?* ». Bien sûr il s'agit d'un processus constant dans lequel les besoins des patient·e·s sont évalués vis-à-vis de la télépratique. Selon Campbell et ses collaborateurs (2018), les principaux éléments d'un consentement éclairé pour la télépratique sont :

- 1) vérification de la pertinence en tenant pleinement compte des déterminants individuels du·e la patient·e,
- 2) limites de la confidentialité et violations potentielles,
- 3) procédures d'urgence incluant des ressources spécifiques,

- 4) moyens de communication, en particulier dans la pratique asynchrone, et délai de réponse raisonnable,
- 5) identification des facteurs linguistiques ou culturels,
- 6) clarification du stockage et méthode d'élimination,
- 7) accord sur les conditions du site éloigné, et
- 8) la facturation.

Le consentement éclairé est tant l'opportunité pour les psychologues d'expliquer les caractéristiques de la télépratique, ses risques mais aussi de familiariser les patient·e·s à la télépratique.

3.2.5. La protection des données personnelles

Le **risque de violation de la confidentialité est beaucoup plus grand** dans le cas d'une transmission électronique que dans celui d'une rencontre en face à face. Par exemple, Skype, utilisés par un grand nombre de psychologues, ne garantit pas la protection des données. Il est nécessaire de privilégier des **sites disposant de serveur privé dédié au site et garantissant ainsi la protection des données** des participant·e·s³⁷ (par ex iPsy.fr développé par Lise Haddouk). Si les psychologues sont novices en matière de télépratique, il·elle·s peuvent consulter des expert·e·s en technologie pour examiner les risques et limites propres à leur pratique. Le consentement éclairé est également l'opportunité d'identifier certaines situations où la confidentialité pourrait être limitée, par exemple les échanges par courriel, les pannes de systèmes et des violations involontaires (Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for Psychologists, 2013). Les limites de la confidentialité relèvent également du partage des appareils (ex. ordinateur, téléphone) du·e la patient·e avec d'autres personnes dans un contexte professionnel ou personnel. Il existe alors la possibilité que d'autres individus accèdent (de manière intentionnelle ou non) aux communications électroniques (ex. un courriel lu sur un compte partagé) (Smucker Barnwell & Campbell, 2017).

Les psychologues ont ainsi le devoir d'informer et de conseiller leurs patient·e·s concernant l'utilisation de la technologie sur leur lieu de travail ou dans d'autres lieux non protégés où ils peuvent souhaiter communiquer avec leur psychologue (ex. un café ou autre lieu public) (Cooper et al., 2019). Les psychologues ont également le devoir de protéger les données personnelles de leurs patient·e·s, notamment la confidentialité.

3.3. Pour tou·te·s les patient·e·s ?

La visioconsultation ne peut totalement remplacer la consultation classique. Effectivement, les **indications doivent être évaluées** et ce dès le **sens de ce souhait de distance**.

Il existe également certaines réserves et précautions à observer avant de proposer une thérapie à distance notamment vis-à-vis des **problèmes de santé mentale les plus sévères** ...

Tout d'abord, l'utilisation de la télépsychologie **face aux urgences** est actuellement peu documentée et pourtant la situation semblerait adaptée : consultation ne nécessitant pas d'examen de type imagerie ou autre et de longs délais d'attente dans les services d'urgences pour une consultation psychiatrique. Les études évaluant ces dispositifs d'urgences auprès de patient·e·s souffrant de dépression, troubles bipolaires et schizophrénie sont peu nombreuses

³⁷ Il s'agit aussi d'adapter le cadre de consultation aux modalités de la visio, ainsi il est possible de transposer avec rigueur le cadre de la cure au numérique : temporalité du présentiel notamment par la prise de rendez-vous en amont, existence d'une salle d'attente virtuelle, liberté de durée et de tarif de la consultation.

et ont révélé des **résultats ambivalents** : 35 % des patient·e·s ont été admis·e·s ou transféré·e·s, une efficacité évaluée comme moyenne, mais une grande satisfactions de la part des patient·e·s et des professionnel·le·s (Sorvaniemi, Ojanen, & Santamaki, 2005; Williams, Pfeffer, Boyle, & Hilty, 2009). Face à la souffrance des urgences psychiatriques françaises actuelles, ce type de dispositif est sûrement une issue à développer, il semble cependant nécessaire de mettre en place des recommandations pour être le plus efficace possible.

Ensuite, les psychologues peuvent déterminer s'il·elle·s souhaitent fournir des prises en charge en visioconférence auprès de patient·e·s présentant des **caractéristiques de risque plus élevées**, notamment ceux·elles qui nécessitent **services intensifs ou urgents** (par exemple, idéation suicidaire active, récurrence, tentatives d'automutilation). Effectivement, les conditions de **l'environnement éloigné**, telles que l'espace compromis, l'incertitude de l'identité du·e la patient·e ou encore l'incapacité à contrôler l'espace éloigné, **représentent des menaces pour l'intégrité des prises en charge** psychologiques. Il est important que le·a psychologue connaisse les services d'urgence éloignés mais à proximité du·e la patient·e. Pour cela, les informations sur les services d'urgence doivent être discutées verbalement avec le·a patient·e et figurer dans le dossier. Les personnes qui ont **tendance à ne pas se conformer au traitement, des antécédents de troubles mentaux ou des antécédents d'hospitalisation** sont également considérées comme à haut risque d'échec de prise en charge à distance (Harris & Younggren, 2011). Cependant, les nouvelles technologies sont en cours d'élaboration, et leurs futures évolutions pourraient permettre de compenser certains de ces risques.

De plus, malgré l'objectif d'accès aux soins, Hilty et ses collaborateurs (2013) ont identifié que quelques difficultés persistent pour certain·e·s patient·e·s :

- **Préserver la vie privée et la confidentialité** (ex. vivre dans une communauté, désir d'anonymat total pour des raisons personnelles et/ou professionnelles),
- Les **nuances culturelles et linguistiques** liées à la télépratique,
- L'accès pour les **personnes indigentes, sans équipement** nécessaire ou vivant dans des zones rurales et **mal desservies** par la téléphonie, et
- Préserver la **continuité des soins**

Missonnier & Vlachopoulou (2019) soulignent, quant à eux, les **limites du tout distanciel** pour le sujet. Effectivement, ce dernier est indissociable de la relation à l'autre, alors l'absence prolongée de l'autre alimente le *besoin de le·a retrouver dans la chaleur de toute relation interpersonnelle*. Le distanciel aurait alors besoin, si ce n'est d'un ancrage présentiel et de piqûres de rappel régulières, d'une **promesse de rencontre sans intermédiaire** tel qu'un écan. Dans cette approche plus psychodynamique, la télépsychothérapie serait envisagée comme un point de départ ou un soutien, mais pas un travail approfondi puisque celui-ci ne peut faire l'économie d'une coprésence. Quelle que soit l'approche, Harris et Younggren (2011) ont souligné le **rôle facilitateur d'une relation en personne préexistante** à la télépratique. Si le·a psychologue et le·a patient·e ont déjà une **alliance thérapeutique**, la télépratique bénéficie alors d'une familiarité et d'une force de relation.

Enfin, il existe à ce jour des précautions à observer également quant aux **formes de thérapies**, puisque certaines ne sont pas recommandées à distance (cf. Chapitre IV. 2.1 page. 116). Certaines approches sont moins dépendantes de la communication en personne. Dans l'ensemble, les conclusions des méta-analyses suggèrent que la télépratique permet de dispenser des prises en charge cliniquement efficaces (Hilty et al., 2013). Ainsi, différentes prises en charge ont été mises en œuvre et ce avec succès dans le cadre de la télépratique, par exemple, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie d'acceptation et d'engagement,

l'exposition prolongée, la thérapie de traitement cognitif, la gestion de la colère, et les thérapies axées sur le comportement de santé.

Cependant, certaines thérapies sont plus compatibles avec la modalité distanciel que d'autres et correspondent aux choix des professionnel·le·s. Par exemple, un·e psychologue clinicien·ne peut préférer mener des thérapies qui reposent davantage sur des indices et des interprétations interpersonnelles subtiles, telles que l'approche psychodynamique. Malgré le fait que l'utilisation créative de caméras (relativement peu coûteuses) peut permettre d'obtenir des images du corps entier, ce qui peut contribuer à maintenir les aspects relationnels de la consultation (Weinberg & Rolnick, 2019). En fin de compte, seul·e·s les psychologues sont à même de décider des modalités de prises en charge et les expériences de la télépratique lui permettront également d'apprendre la pratique qui lui convient de développer auprès de ses patient·e·s.

Pour résumer...

Depuis une vingtaine d'années, la télépsychologie se développe et connaît depuis quelques mois une évolution exponentielle certainement due à la crise sanitaire de la COVID-19. Cependant, ce développement est une des conséquences de l'évolution des nouvelles technologies mais également de la prise en charge d'une nouvelle génération, née avec les nouvelles technologies support de la télépsychologie et qui adoptent celles-ci en tant que mode de communication à part entière.

La télépsychologie est multiple. La cyberpsychologie favorise l'immersion dans un environnement virtuel, initialement utilisée face aux troubles anxieux phobiques elle propose une exposition moins coûteuse, plus facile d'accès des situations, plus sécurisé, plus contrôlable... elle est aujourd'hui utilisée dans de nombreux contextes cliniques. La médiation par les nouvelles technologies dans les thérapies est utilisée par les clinicien·ne·s. Des forums, chats, jeux vidéos... sont associés à des modalités classiques permettent d'atteindre des patient·e·s inaccessibles autrement et favorisent l'accès au travail sur soi par un entraînement symbolique. Et, la télépsychothérapie, thérapie par visioconférence, à laquelle nous portons un intérêt majeur dans ce chapitre.

La télépsychothérapie dispose de résultats très encourageants, d'un impact très bénéfique pour les patient·e·s, de résultats thérapeutiques équivalents par rapport à la thérapie en face à face. De nouvelles études sont, cependant, nécessaires pour mieux comprendre la spécificité du vécu thérapeutique des patient·e·s et clinicien·ne·s. Les compétences cliniques en place dans ce type de thérapie, alliance, empathie, présence..., sont totalement préservées dans ce dispositif thérapeutique mais apparaissent selon des modalités différentes.

En quelques mots, la télépsychothérapie, n'est pas une nouvelle thérapie mais une nouvelle thérapie en soit mais bien une nouvelle façon de réaliser des thérapies reconnues pour leur pertinence et efficacité.

Si les besoins des patient·e·s sont identifiés et les moyens technologiques sont disponibles, il est encore nécessaire de développer la recherche et une réflexion éthique pour développer sereinement cette pratique clinique.

Références bibliographiques

- Adjorlolo, S. (2015). Can teleneuropsychology help meet the neuropsychological needs of Western Africans? The case of Ghana. *Applied Neuropsychology: Adult*, 22(5), 388–398.
- Albrecht, G. L., & Devlieger, P. J. (1999). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48(8), 977–988.
- Allard, M., Bouchard, S., Marchand, A., Cournoyer, L.-G., Green-Demers, I., & Renaud, P. (2007). L'efficacité de la psychothérapie pour le trouble panique en vidéoconférence: Réplication et alliance thérapeutique. *Revue Québécoise de Psychologie*.
- Argentieri, S., & Mehler, J. A. (2003). Telephone 'analysis': 'Hello, who's speaking?' *Insight*, 12(1), 17–19.
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., ... Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services*, 9(2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/a0027924>
- Baigent, M. F., Lloyd, C. J., Kavanagh, S. J., Ben-Tovim, D. I., Yellowlees, P. M., Kalucy, R. S., & Bond, M. J. (1997). Telepsychiatry: 'tele'yes, but what about the 'psychiatry'? *Journal of Telemedicine and Telecare*, 3(1_suppl), 3–5.
- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C. T., & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical Psychology Review*, 83. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101944>
- Baus, O., & Bouchard, S. (2014). Moving from virtual reality exposure-based therapy to augmented reality exposure-based therapy: A review. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8(MAR), 1–15. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00112>
- Berghmans, C., Godard, R., Joly, J., Tarquinio, C., & Cuny, P. (2012). Effets de l'approche de réduction du stress Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) sur la santé psychique (stress, anxiété, dépression) et le mode de coping chez des patients diabétiques: Une étude pilote contrôlthomam. *Annales Medico-Psychologiques*, 170(5), 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.08.010>
- Berghmans, C., Tarquinio, C., & Strub, L. (2010). Full conscious meditation and psychotherapy in health and illness: Literature review. *Sante Mentale Au Quebec*, 35(1), 49–83. <https://doi.org/10.7202/044798ar>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... Velting, D. (2017). Mindfulness: A proposed operational definition.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539–544.
- Bool, A. (2001). Survivant. *Cahiers de Psychologie Clinique*, (1), 69–78.
- Botella, M., Zenasni, F., Pocard, M., Gledill, J., & Rodary, C. (2007). Adaptation française du '': Qualités métrologiques et limites pratiques. *Psycho-Oncologie*, 1(2), 131–140. <https://doi.org/10.1007/s11839-007-0016-2>
- Bouchard, S., Dumoulin, S., Michaud, M., & Gougeon, V. (2011). Telepresence experienced in videoconference varies according to emotions involved in videoconference sessions. *Annual Review of CyberTherapy and Telemedicine*, 9, 104–107.
- Bouchard, S., Dumoulin, S., Robillard, G., Guitard, T., Klinger, E., Forget, H., ... Roucaut, F. X. (2017). Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder: A three-arm randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 210(4), 276–283. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184234>
- Briole, G., & Lebigot, F. (1994). col. 1994. Le traumatisme psychique: rencontre et devenir. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Francaise Masson*.
- Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes*. (Dunod, Ed.) (Dunod). Paris: Dunod. Retrieved from <http://www.amazon.fr/Psychologie-santé-Modèles-concepts-méthodes/dp/2100490397>
- Bungener, C., Flahault, C., & Untas, A. (2016). *Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques: Accompagner les patients et leurs proches*. De Boeck Supérieur.
- Campbell, L. F., Millán, F. A., & Martin, J. N. (2018). *A telepsychology casebook: Using technology ethically and effectively in your professional practice*. American Psychological Association.
- Carlino, R. (2011). *Distance psychoanalysis: the theory and practice of using communication technology in the clinic*. (R. Carlino, Ed.). London: Karnac. <https://doi.org/10.1080/14753634.2014.894235>
- Carr, A. J., & Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centred? *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 322(7298), 1357–1360. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11387189%0Ahttp://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1120435>
- Chenier, M. C. (1997). Review and analysis of caregiver burden and nursing home placement: the multiple problems and variables affecting the caregiving relationships require multiple approaches and interventions. *Geriatric Nursing*, 18(3), 121–126.
- Cooper, S. E., Campbell, L. F., & Smucker Barnwell, S. (2019). Telepsychology: A Primer for Counseling Psychologists *ψ. Counseling Psychologist*, 47(8), 1074–1114. <https://doi.org/10.1177/0011000019895276>
- Covey, M., Fouad, N., Jackson, M., Juntunen, C., Sauer, E., Stabb, S., & Voelkel, E. (2013). Counseling psychology core competencies, essential components, behavioral anchors, and examples.
- Craig, P. E. (1986). Sanctuary and presence: An existential view of the therapist's contribution. *The Humanistic Psychologist*, 14(1), 22.
- D'ivernois, J. F., & Gagnayre, R. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient : Une proposition. *Education Thérapeutique Du Patient*, 3(2), S201–S205. <https://doi.org/10.1051/tpe/2011103>
- Dantzer, C., & Le Barbenchon, E. (2016). Méditation de pleine conscience dans la prise en charge de la maladie chronique: état des connaissances, processus et perspectives. *Introduction à La Pleine Conscience*. Paris: Dunod, 89–103.

- de Bitencourt Machado, D., Braga Laskoski, P., Trelles Severo, C., Margareth Bassols, A., Sfoggia, A., Kowacs, C., ... Laks Eizirik, C. (2016). A Psychodynamic Perspective on a Systematic Review of Online Psychotherapy for Adults. *British Journal of Psychotherapy*, 32(1), 79–108. <https://doi.org/10.1111/bjp.12204>
- Doze, S., Simpson, J., Hailey, D., & Jacobs, P. (1999). Evaluation of a telepsychiatry pilot project. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5(1), 38–46.
- Draper, J. V., Kaber, D. B., & Usher, J. M. (1998). Telepresence. *Human Factors*, 40(3), 354–375.
- Fischer, G.-N. (1994). *Le ressort invisible: vivre l'extrême*. Seuil.
- Fonte, D., Apostolidis, T., & Lagouanelle-Simeoni, M.-C. (2014). Compétences psychosociales et éducation thérapeutique du patient diabétique de type 1: une revue de littérature. *Santé Publique*, 26(6), 763–777.
- Frueh, B. C. (2015). Solving mental healthcare access problems in the twenty-first century. *Australian Psychologist*, 50(4), 304–306.
- Frueh, B. C., Monnier, J., Yim, E., Grubaugh, A. L., Hamner, M. B., & Knapp, R. G. (2007). A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 13(3), 142–147.
- GBD 2015 Risk Factors Collaborators. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1659–1724. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8)
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. American Psychological Association.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29–35. <https://doi.org/10.1089/cyber.2009.0139>
- Gilbar, O., Or-Han, K., & Plivazky, N. (2005). Mental adjustment, coping strategies, and psychological distress among end-stage renal disease patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(6), 471–476.
- GLOBOCAN 2012. (2013). *Cancers Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. International Agency for Research on Cancer Base. Lyon. Retrieved from http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
- Grimaldi, A., & Amoura, Z. (2017). Maladies aiguës, maladies chroniques. In A. Grimaldi, Y. Caillé, F. Pierru, & D. Tabuteau (Eds.), *Les maladies chroniques : vers la troisième médecine* (pp. 53–62). Paris: Odile Jacob.
- Grimaldi, A., Caillé, Y., Pierru, F., & Tabuteau, D. (Eds.). (2017). *Les maladies chroniques : vers la troisième médecine*. Paris: Odile Jacob.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(1), 35–43.
- Grown up digital: how the net generation is changing your world. (2010). *Choice Reviews Online* (Vol. 47). <https://doi.org/10.5860/choice.47-3242>
- Haddouk, L. (2016). *L'entretien clinique à distance. Manuel de visioconsultation*. Cybercultures - Santé mentale. Toulouse: ERES. Retrieved from <https://www.cairn.info/l-entretien-clinique-a-distance--9782749252520.htm>
- Haley, W. E., & Bailey, S. (1999). Research and practice in Alzheimer's disease.
- Haute Autorité de Santé. (2007). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. *Saint-Denis La Plaine: HAS*.
- Hilty, D. M., Ferrer, D. C., Parish, M. B., Johnston, B., Callahan, E. J., & Yellowlees, P. M. (2013). The effectiveness of telemental health: A 2013 review. *Telemedicine and E-Health*, 19(6), 444–454. <https://doi.org/10.1089/tmj.2013.0075>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Johnson, B. T., & Acabchuk, R. L. (2018). What are the keys to a longer, happier life? Answers from five decades of health psychology research. *Social Science & Medicine*, 196(10), 218–226. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.001>
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delta.
- Kirkwood, K. T., Peck, D. F., & Bennie, L. (2000). The consistency of neuropsychological assessments performed via telecommunication and face to face. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6(3), 147–151.
- Lagger, G., Pataky, Z., & Golay, A. (2009). Efficacité de l'éducation thérapeutique. *Revue Médicale Suisse*, 5, 688–690.
- Lagger, Grégoire, Pataky, Z., & Golay, A. (2010). Efficacy of therapeutic patient education in chronic diseases and obesity. *Patient Education and Counseling*, 79(3), 283–286. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.03.015>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company. Retrieved from <http://www.amazon.com/Stress-Appraisal-Coping-Richard-Lazarus/dp/0826141919>
- Lee, S. A. S., Hall, B., & Sancibrian, S. (2017). Feasibility of a Supplemental Phonological Awareness Intervention via Telepractice for Children with Hearing Loss: A Preliminary Study. *International Journal of Telerehabilitation*, 9(1), 23–38. <https://doi.org/10.5195/ijt.2017.6216>
- Lemma, A. (2017). *The digital age on the couch : Psychoanalytic practice and new media*. (A. Lemma, Ed.). New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315212524-8>
- Lognoul, M., Nasello, J., & Triffaux, J. M. (2020). Virtual reality exposure therapy for post-traumatic stress disorders, obsessive-compulsive disorders and anxiety disorders: Indications, added value and limitations. *Encephale*, 46(4), 293–300. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.01.005>
- Malbos, É., & Oppenheimer, R. (2020). *Psychothérapie et réalité virtuelle: Anxiété, TOC, phobies et addictions*. Odile Jacob.
- Maples-Keller, J. L., Bunnell, B. E., Kim, S.-J., & Rothbaum, B. O. (2017). The Use of Virtual Reality Technology in the Treatment of Anxiety and Other Psychiatric Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(3), 103–113. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000138>
- Margreve, J. (2020). *Moderniser l'activation comportementale: études de cas évaluant l'intérêt de la réalité virtuelle dans cette prise en charge de la dépression*. Université de Liège, Liège, Belgique.

- Marra, D. E., Hamlet, K. M., Bauer, R. M., & Bowers, D. (2020). Validity of teleneuropsychology for older adults in response to COVID-19: A systematic and critical review. *The Clinical Neuropsychologist*, 1–42.
- Missonnier, S., & Vlachopoulou, X. (2019). *Psychologie des écrans: «Que sais-je?» n° 4001*. Que sais-je.
- Montazeri, A. (2009). Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: An overview of the literature from 1982 to 2008. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 1–21. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-102>
- Montel, S., Lubetski, C., & Bungener, C. (2005). Le rôle du coping dans l'adaptation à la maladie: étude sur un échantillon de 100 sujets atteints de sclérose en plaques. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 15, 16.
- Morina, N., Ijntema, H., Meyerbröker, K., & Emmelkamp, P. M. G. (2015). Can virtual reality exposure therapy gains be generalized to real-life? A meta-analysis of studies applying behavioral assessments. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.010>
- Murphy, K. (2014). Psst. look over here. *The New York Times*.
- Nerlich, M., & Kretschmer, R. (1999). Evaluation of a Canadian telepsychiatry service. *The Impact of Telemedicine on Health Care Management*, 64, 262.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2010). *Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles*.
- Osoba, D. (2002). A Taxonomy of the Uses of Health-Related Quality-of-Life Instruments in Cancer Care and the Clinical Meaningfulness of the Results. *Medical Care*, 40(6), 31–38.
- Paulhan, I. (1994). Les stratégies d'ajustement ou coping. *Introduction à La Psychologie de La Santé*, 99–124.
- Rat, A.-C. (2014). Chapitre 2. Les démarches d'éducation thérapeutique. In G.-N. Fischer & C. Tarquinio (Eds.), *Psychologie de la santé: applications et interventions* (pp. 35–55). Paris: Dunod.
- Rees, C. S., & MacLaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259–264.
- Robillard, G., Bouchard, S., Guitard, T., & Lefebvre, C. (2009). Presence mediates the impact of attitudes and behaviors on the quality of the working alliance in telepsychotherapy for panic disorder and agoraphobia. In *Communication présentée au 14th International Cybertherapy Conference, Verbania (Italy)*.
- Rodary, C., Leplège, A., & Hill, C. (1998). Evaluation de la qualité de vie dans la recherche clinique en cancérologie. *Bulletin Du Cancer*, 85(2), 140–148.
- Russell, G. I. (2015). *Screen relations : The limits of computer-mediated psychoanalysis and psychothérapie*. (G. I. Russell, Ed.). London: Karnac.
- Ruszniewski, M. (1999). *Les mécanismes de défense dans la relation médecin-malade: confrontation à la maladie grave*.
- Sandrin-Berthon, B. (2010). Diagnostic éducatif ou bilan éducatif partagé ? *Médecine Des Maladies Métaboliques*, 4(1), 38–43. [https://doi.org/10.1016/s1957-2557\(10\)70006-7](https://doi.org/10.1016/s1957-2557(10)70006-7)
- Scharff, J. S. (2018). *Psychoanalysis Online: Mental Health, Teletherapy and Training*. (J. S. Scharff, Ed.). London: Karnac. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.1.87>
- Small, G., & Vorgan, G. (2009). iBrain: Surviving the Technological Alteration of the Modern Mind. *Education Review*.
- Smucker Barnwell, S., & Campbell, L. F. (2017). Ethical and legal aspects of the practice of teletherapy. *Handbook of Private Practice: Keys to Success for Mental Health Practitioners*, 492–505.
- Sorvaniemi, M., Ojanen, E., & Santamaki, O. (2005). Telepsychiatry in Emergency Consultations: a follow-up study of sixty patients. *Telemedicine and E-Health*, 11(4), 439–441.
- Stora, M. (2016). Médiation par les jeux vidéo : cadre et aspects thérapeutiques. *Cliniques*, 1, 90–104.
- Sultan, S., & Varescon, I. (2012). *Psychologie de la santé*. PUF.
- Tarquinio, C., & Berghmans, C. (2009). Comprendre et pratiquer les nouvelles psychothérapies. Paris, Inter-Éditions-Dunod.
- Tebb, S. (1995). An aid to empowerment: A caregiver well-being scale. *Health & Social Work*, 20(2), 87–92.
- Temple, V., Drummond, C., Valiquette, S., & Jozsvai, E. (2010). A comparison of intellectual assessments over video conferencing and in-person for individuals with ID: Preliminary data. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(6), 573–577. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01282.x>
- UN General Assembly. (2012). *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. A/RES/66/2. UN New York (Vol. 49777). <https://doi.org/10.1007/BF03038934>
- Untas, A., Leloirain, S., Dany, L., & Koleček, M. (2020). Health psychology and patient education: State of play and perspectives. *Pratiques Psychologiques*, 26(2), 89–106. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.11.005>
- Velikova, G., Booth, L., Smith, A. B., Brown, P. M., Lynch, P., Brown, J. M., & Selby, P. J. (2004). Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Oncology*, 22(4), 714–724.
- Weinberg, H., & Rolnick, A. (2019). *Theory and Practice of Online Therapy: Internet-delivered Interventions for Individuals, Groups, Families, and Organizations*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315545530>
- Willems, S., & Leclercq, A. L. (2020). La télépratique comme outil clinique : Enjeux et perspectives Un point sur la littérature scientifique.
- Williams, M., Pfeffer, M., Boyle, J., & Hilty, D. (2009). *Telepsychiatry in the Emergency Department: California HealthCare foundation About the Authors About the Foundation*. Retrieved from [http://www.chcf.org/~media/MEDIA_LIBRARY/Files/PDF/PDF T/PDF TelepsychiatryProgramsED.pdf](http://www.chcf.org/~media/MEDIA_LIBRARY/Files/PDF/PDF%20TelepsychiatryProgramsED.pdf)
- Witmer, B. G., & Singer, M. J. (1998). Measuring presence in virtual environments: A presence questionnaire. *Presence: Teleoperators and Virtual Environments*, 7(3), 225–240. <https://doi.org/10.1162/105474698565686>
- World Health Organization. (2003). *Skills for health*. <https://doi.org/10.7748/nm.12.7.39.s23>

Chapitre 5 – Une conclusion

Cet enseignement intitulé « Clinique et Société » a pour objectif principal de mieux saisir leur articulation et interaction, et ce en décrivant la place et l'expression de la clinique. Il souligne ainsi l'impact des enjeux et développements sociétaux sur la clinique. Ce dernier chapitre propose une synthèse et une rapide ouverture à partir des travaux présentés dans cet enseignement.

La place de la clinique dans la société française n'est plus à faire à la vue de l'efficacité des thérapies et de la satisfaction des patient·e·s à l'égard des professionnel·le·s et des pratiques. Cependant, la société souligne encore quelques méconnaissances de la clinique, des différentes approches ainsi que du rôle des psychologues. Le manque d'information et de connaissance de la population générale vis-à-vis de la psychologie clinique, les médias qui donnent à certaines occasions une place primordiale à la psychologie et la dénigrent à d'autres ou encore soulignent ses relations parfois conflictuelles... illustrent le besoin d'informations pour rendre le plus accessible l'apport essentiel des clinicien·ne·s.

La société française dispose de multiples enjeux et parmi eux, des enjeux de santé publique et ou de développement technologique, face auxquels les clinicien·ne·s disposent de ressources et sont à même de développer des réponses innovantes et adaptées.

D'une part, la société fait aujourd'hui face à un défi de taille : la santé des français·es. Malgré les progrès médicaux, l'allongement de la durée de vie, des faits particulièrement alarmants soulignent l'importance de cette question : inégalité d'accès aux soins (parmi lesquels psychothérapeutiques), 18% de la population française souffre de troubles mentaux, la grande majorité marquée par des symptômes anxio-dépressifs, un tiers de la population française est atteinte d'une maladie chronique... Les psychologues clinicien·ne·s prennent alors toute leur place soutenant le sujet, en préservant sa qualité de vie et en l'aidant à s'adapter à des situations particulièrement difficiles, stressantes, ou excédant ses ressources. Ce rôle s'exprime dans le développement et la mise en place de prise en charge individuelle et groupale. En ce sens, de nouvelles disciplines sont créées comme la psychologie de la santé pour accompagner, soutenir les personnes atteintes de maladies somatiques ou handicap, pour favoriser un mieux-être psychologique mais également physique. Des innovations thérapeutiques sont menées en déployant une nouvelle vision du sujet. Par exemple, les thérapies basées sur l'autodétermination, l'empowerment des patient·e·s leur permettent d'exprimer et de leur donner la responsabilité de leurs choix et des conséquences de ceux-ci. L'objectif est également d'initier, de développer et/ou de soutenir une réflexion plus globale sur l'aide à apporter à ces populations vulnérables.

D'autre part, la société évolue et génère alors de nouveaux besoins ou modalités de réponses. Les développements technologiques sont significatifs au cours des dernières décennies et les générations se distinguent par la démocratisation, l'utilisation et la place confiée à celles-ci. Ainsi, une nouvelle génération, la génération Z, a toujours connu Internet. Ces technologies ne sont donc plus un média mais un mode de communication en soi. Il est donc évident que les psychologues clinicien·ne·s en tentant de répondre aux besoins individuels se soient tournés vers l'utilisation de ces technologies et de ces modes de communication. L'enjeu actuel est au moins en partie d'en faire des thérapies en soi et de les utiliser en tant que vecteur de santé mentale. L'objectif est de se saisir de ces nouveaux outils pour répondre aux exigences d'une

nouvelle génération de patient·e·s et de clinicien·ne·s. Il s'agit bien de faire évoluer l'identité des psychologues et mettre à profit leurs compétences cliniques essentielles.

Face aux nombreux défis à relever par les psychologues clinicien·ne·s, il semble opportun de se montrer créatif et innovant, au plus près des demandes et de la diversité afin de préserver la santé et favoriser le bien-être.