

Pour spécialistes en psychothérapie

# Standards de qualité interventions en ligne



Il est souhaitable que les psychologues et psychiatres qui proposent et effectuent des interventions en ligne respectent les standards de qualité suivants.

## PRÉAMBULE

Le présent document a été élaboré par le groupe de travail «Interventions en ligne» de la FSP, composé d'expertes et d'experts scientifiques, ainsi que de praticiens de la psychothérapie et du conseil. Le groupe de travail s'est appuyé sur les travaux antérieurs des années 2003 et 2006, qui avaient consisté à définir les premiers critères de qualité.

Ce document a pour objet d'énoncer les standards de qualité relatifs aux interventions psychologiques et psychiatriques en ligne.

Ces standards de qualité doivent:

- ▶ fournir aux spécialistes des repères clairs et concrets, tant sur le plan thérapeutique que sur le plan technique et légal;

- ▶ permettre au grand public, en particulier aux patientes et patients, de reconnaître les offres fiables et sérieuses.

La présentation des standards de qualité est suivie d'informations qui seront utiles aux professionnels proposant des interventions en ligne. Ces informations concernent les définitions des différentes formes d'interventions en ligne, leur champ d'application, leur efficacité, leurs opportunités et risques, et les compétences spécifiques qu'elles nécessitent.

# STANDARDS DE QUALITÉ

Il est souhaitable que les psychologues et psychiatres qui proposent et effectuent des interventions en ligne respectent les standards de qualité suivants.

Tous les points cités aux paragraphes «Transparence», «Limites, indications et contre-indications de la

thérapie en ligne», «Confidentialité et protection des données» et «Déontologie» constituent des standards de qualité. Les remarques encadrées ne sont que des indications supplémentaires.

## 1. Transparence

### Identification du prestataire

- ▶ Le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et l'adresse électronique du ou de la prestataire doivent être mentionnés.
- ▶ La qualification, la formation, les compétences et les titres du ou de la prestataire doivent être clairement exposés.
- ▶ Les organisations professionnelles dont le ou la prestataire est membre doivent être mentionnées.

### Transparence de l'offre

- ▶ L'offre doit s'accompagner d'une description claire.
- ▶ Il faut indiquer les objectifs réalistes que l'offre doit aider à atteindre.
- ▶ Les thèmes dans lesquels le ou la prestataire est spécialisé-e doivent être précisés.

### Transparence des coûts

- ▶ Les tarifs de l'offre et les moyens de paiement admis doivent être clairement indiqués.

- ▶ Les tarifs doivent être identiques à ceux pratiqués en consultation puisque les prestations sont les mêmes.
- ▶ Les spécialistes peuvent accepter les modes de paiement de leur choix. Certains exigent un paiement anticipé pour les interventions en ligne.

### Cadre temporel

- ▶ Clarté du cadre temporel (quand les entretiens/échanges éventuels ont-ils lieu?) et des réponses apportées aux demandes (en cas de communication différée): le patient ou la patiente doit savoir dans quel délai il/elle peut espérer une réponse.

### Conditions générales de vente

- ▶ Les conditions générales de vente (CG) qui s'appliquent à l'offre doivent être publiées sous la forme appropriée.
- ▶ Il est évidemment possible d'établir un contrat individuel au lieu des CG.

**Les conditions générales** sont des conditions contractuelles qu'une partie au contrat formule en prévision de la signature d'une multitude de contrats. Ces conditions ne sont donc pas négociées une à une pour des contrats spécifiques, mais prises dans leur globalité. Conformément à la règle du Tribunal fédéral, seules les clauses auxquelles il faut s'attendre s'appliquent. Les clauses insolites, c'est-à-dire celles auxquelles on ne s'attendait pas, ne sont pas valides si elles n'ont pas été expressément indiquées au client (règle de l'insolite).

## 2. Limites, indications et contre-indications

### Informations sur la personne en quête de soins

- ▶ En principe, le patient ou la patiente d'une thérapie en ligne peut aussi rester anonyme, mais certaines informations peuvent s'avérer indispensables selon les cas.

**Il est conseillé** de recueillir dans un formulaire certaines données fondamentales que le ou la prestataire a toujours besoin de connaître.

### Risque suicidaire

- ▶ S'il soupçonne un risque suicidaire, le ou la spécialiste doit impérativement s'efforcer de rencontrer personnellement la patiente ou le patient pour clarifier la situation.

### Contre-indication

- ▶ Les thérapies en ligne ne sont pas indiquées en cas de crise aiguë, en particulier de crise suicidaire, de dissociation ou de psychose aiguë.
- ▶ Le choix des circonstances et des profils qui se prêtent ou non à une thérapie en ligne relève de la responsabilité du ou de la psychothérapeute.

### Diagnostic et appréciation

- ▶ Les diagnostics à distance sont à proscrire. Le risque de voir sa responsabilité légalement

engagée est particulièrement élevé si la ou le psychothérapeute passe à côté de certains constats objectifs lors du diagnostic en raison de l'absence de contacts directs avec le patient ou la patiente, et oriente d'emblée la thérapie dans la mauvaise voie, au détriment du patient.

- ▶ S'il n'est pas possible de rencontrer physiquement un patient ou une patiente, il convient de l'informer que vous ne pouvez pas établir de diagnostic à distance. Les premières sessions peuvent se limiter à une prise de contact et à un soutien sans diagnostic, mais il n'est pas possible d'engager un processus thérapeutique sans établir un diagnostic.

### Plan d'urgence

- ▶ Le ou la thérapeute met au point un plan d'urgence adapté au diagnostic et en informe le patient ou la patiente en indiquant notamment les numéros et adresses d'urgence.

**Les exceptions à ces règles** ne sont admises que si le ou la spécialiste juge le bénéfice attendu d'une thérapie en ligne pour la personne en quête de soins supérieur aux risques éventuels. Le/la thérapeute consigne dans sa documentation les raisons qui laissent penser que le bénéfice est supérieur aux risques.

## 3. Confidentialité et protection des données

### Information et cryptage

- ▶ Les patientes et patients doivent être informés des risques d'Internet concernant la confidentialité des données transmises et sauvegardées. Toutes les informations utiles sur la sécurité des données et les éventuels risques pour la sécurité, sur le type d'enregistrement des données, leur étendue et leur conservation, et sur les droits des patientes et patients, doivent être publiées sous une forme appropriée. Le ou la spécialiste peut exiger une reconnaissance écrite des risques.
- ▶ Le ou la thérapeute observe les plus hauts standards du cryptage: transmission de données sous cryptage Secure Socket Layer (SSL) pour les sites Internet ou par exemple Pretty Good Privacy (PGP) pour les e-mails; sauvegarde cryptée des données; accès à l'offre protégé par un mot de passe efficace et changé régulièrement; antivirus, pare-feu, mises à jour de sécurité régulières, sauvegardes.

### Responsabilité des personnes en quête de soins

- ▶ Les personnes en quête de soins doivent être averties que la sécurité des données qu'elles enregistrent sur leur propre ordinateur ou envoient dans des e-mails non cryptés ne relève pas de la responsabilité du spécialiste.

### Conservation des données

- ▶ Dès la fin de la thérapie, les e-mails, chats et vidéos sont supprimés du serveur utilisé pendant la thérapie. Comme pour une thérapie en tête à tête, les entretiens sont documentés et la documentation doit être conservée dix ans. La sécurité des données que les personnes en quête de soins enregistrent sur leur propre ordinateur ou envoient dans des e-mails non cryptés ne relève pas de la responsabilité du ou de la thérapeute.

### Responsabilité de tiers

- ▶ Les tierces personnes qui ont accès aux données (p. ex. secrétariat, gestion informatique, etc.) sont également soumises au secret professionnel et devraient signer un engagement à ce sujet avec le ou la psychologue/psychiatre en l'absence de solutions techniques permettant d'empêcher la consultation des données.

#### **Même les consultations conventionnelles**

en face à face nécessitent souvent une coordination et une organisation sur des canaux numériques. Elles laissent donc aussi une empreinte numérique qui requiert l'application et le respect des exigences spécifiques de protection des données.

## 4. Déontologie

### Les normes déontologiques s'appliquent aussi en ligne

- ▶ Les membres de la FSP doivent respecter les normes déontologiques définies dans le code déontologique de la FSP.
- ▶ Les réclamations sont adressées à la Commission de déontologie de la FSP ou aux services de réclamation des sociétés cantonales de médecine.
- ▶ Les psychiatres se réfèrent aux directives adoptées pour leur profession (ASSM, FMH et FMPP).

### Restrictions de la publicité

- ▶ Les descriptions des offres en ligne ne doivent pas contenir de publicité de tiers.

### Indication des standards de qualité applicables

- ▶ Il convient d'indiquer de manière appropriée que l'offre est conforme aux standards de qualité de la FSP et de la FMPP.

# INFORMATIONS SUR LES INTERVENTIONS EN LIGNE

## 1. Définition et champ d'application

«**Interventions en ligne**» est le terme générique.

- ▶ **Les interventions d'auto-assistance** n'impliquent pas de rencontres entre la personne en quête de soins et le ou la spécialiste.
- ▶ **Thérapie en ligne: interventions** impliquant des rencontres et une relation de soutien actif entre la personne en quête de soins et le ou la spécialiste. Le contact peut avoir lieu uniquement en ligne ou en alternance avec des séances en face à face en cabinet. Comme pour les offres en face à face, on distingue alors conseil et psychothérapie.

Quand il s'agit du traitement de troubles psychiques, on parle de **thérapie en ligne**.

Les interventions en ligne ont été mises en pratique **dans un but thérapeutique** et étudiées **pour différents troubles**, le plus souvent pour des phobies sociales, des troubles paniques, des troubles anxieux généralisés, des états de stress post-traumatique et des dépressions, ainsi que pour des troubles du sommeil, des troubles alimentaires et des toxicomanies (voir aussi tableau 1 ci-dessous).

Cette liste n'est pas exhaustive et devra être régulièrement ajustée à la réalité.

Une intervention en ligne a pour but d'amorcer chez les personnes en quête de soins des processus cognitifs et émotionnels qui leur permettent de retrouver ou d'améliorer leur capacité à vivre et à agir de manière autonome. L'objectif est de favoriser l'évolution positive des personnes en quête de soins.

L'intervention peut être complétée par d'autres traitements ou par la prise de médicaments.

Les interventions en ligne de psychologie et de psychiatrie s'inscrivent dans le cadre d'une relation d'aide de nature professionnelle. Elles reposent sur des concepts scientifiquement établis caractérisant des interventions efficaces, sur des concepts éprouvés de traitement et de conseil, et sur des réflexions éthiques de fond.

Les interventions doivent respecter les normes déontologiques élargies pour prendre en compte la spécificité des médias utilisés (secret professionnel, protection des données, possibilité d'identifier les compétences en conseil, etc.).

La thérapie en ligne ne constitue pas une orientation thérapeutique nouvelle. Elle correspond simplement à un **nouvel accès via Internet**, qui a ses spécificités.

## 2. Critères distinctifs

### 2.1 Canaux de communication

Les interventions passent par différents canaux de communication: e-mail, chat, vidéo, forum. Il existe ainsi des thérapies par e-mail, par chat et par visioconférence, des programmes d'auto-assistance (applications) encadrés ou non encadrés, ou encore des formes mixtes («blended treatments»).

### 2.2 Méthodes

Les interventions en ligne peuvent faire appel à différents supports:

- ▶ thérapies reposant exclusivement ou principalement sur des systèmes de visioconférence, par exemple,
- ▶ programmes d'auto-assistance encadrés ou non encadrés,
- ▶ thérapies mixtes: interventions en ligne en plus des consultations et en appui du traitement traditionnel («blended treatments»),
- ▶ ou encore méthodes issues de la thérapie par l'écrit dans le cas du conseil psychologique effectué par e-mail.

Les personnes en quête de soins qui sont engagées dans une thérapie conventionnelle peuvent aussi prendre l'initiative de suivre en parallèle certains modules d'un programme d'auto-assistance non encadré ou de recourir à des outils d'auto-assistance. Ces outils peuvent être utilisés seul et/ou en groupe, avec ou sans accompagnement psychologique.

On oppose souvent la thérapie en ligne à la «thérapie en salle de consultation», ce qui peut semer la confusion puisque les systèmes de visioconférence permettent aussi de s'entretenir «en tête à tête». Dans les études et la littérature spécialisée, une thérapie «en face à face» est pourtant toujours assimilée à la forme thérapeutique conventionnelle (Botella, Garcia-Palacios, Banos et Quero, 2009).

### 2.3 Echanges simultanés ou différés

Dans le cadre d'interventions en ligne, la communication peut être

- ▶ différée (avec un décalage dans le temps): e-mails, forum soumis à modération (conseil et modération de forums en libre accès ou réservés aux inscrits) ou
- ▶ simultanée (en direct): visioconférence, chat entre deux personnes, chat soumis à modération, chat avec un expert (plusieurs personnes peuvent poser leurs questions en direct à une experte ou à un expert).

### 2.4 Phases

Les interventions sur Internet peuvent s'avérer utiles à des phases très diverses et pour des groupes cibles très variés: dans le cadre de la prévention universelle, sélective ou indiquée, d'une thérapie (groupe cible) ou pendant le délai d'attente en vue d'une consultation de psychothérapie.

## Différentes formes possibles

#### Thérapie par téléphone

La thérapie prend la forme d'entretiens téléphoniques.

#### Thérapie par e-mail

Ce type de thérapie consiste en un échange d'e-mails sous forme essentiellement écrite entre la personne en quête de soins et le ou la spécialiste. Ces échanges doivent être cryptés.

#### Thérapie par chat

Ce type de thérapie prend la forme d'échanges sur un chat entre la personne en quête de soins et le ou la spécialiste. Le chat permet une communication électronique écrite en temps réel. La personne en quête de soins et le ou la spécialiste se rencontrent dans une «chat room» virtuelle protégée. Le ou la spécialiste se charge de mettre en place ce lieu de rencontre virtuel et de permettre à son patient d'ouvrir un compte utilisateur pour la durée de la thérapie.

**Thérapie par un système de visioconférence**

Les systèmes de visioconférence permettent des échanges téléphoniques entre la personne en quête de soins et le ou la spécialiste avec visualisation de l'interlocuteur à l'écran. Les participants se font directement face par écran interposé et peuvent ainsi voir les expressions, gestes et émotions de leur interlocuteur. Cette forme de thérapie est certainement la plus comparable à une thérapie conventionnelle. Comme pour la communication par e-mail ou chat, le ou la spécialiste prévoit pour ce faire un canal de communication ou une plate-forme cryptée, et la personne en quête de soins peut se créer un compte utilisateur pour la durée de la thérapie.

**Programme d'auto-assistance non encadré**

Le programme d'auto-assistance non encadré est un type d'intervention psychologique ou psychiatrique sur Internet qui n'implique aucun contact personnel. Il est comparable à un guide d'auto-assistance imprimé. La personne en quête de soins parcourt les informations et les pages d'aide et se voit proposer par le programme des exercices qu'elle peut réaliser seule. Pour aller jusqu'au bout de ce type de programme, la personne en quête de soins doit être très motivée. Il faut généralement se créer un compte utilisateur pour commencer, et certaines offres sont payantes.

**Programme d'auto-assistance encadré**

Les programmes accompagnés, au contraire, comportent en plus des échanges réguliers entre la personne en quête de soins et le ou la spécialiste. Ces échanges se limitent généralement à un diagnostic initial suivi de brèves appréciations régulières du spécialiste sur les exercices réalisés. Il est alors possible de maintenir et de renforcer la motivation du patient et d'exercer une influence en cas d'imprévus.

**Traitements mixtes («blended treatments»)**

On entend par «formes mixtes» ou «blended treatments» les formes de thérapie qui combinent thérapie en ligne et thérapie en face à face. Un patient engagé dans une thérapie conventionnelle peut, par exemple, prendre l'initiative de réaliser en parallèle certains modules d'un programme d'auto-assistance non encadré.

**Programmes transdiagnostiques et modulables**

Les patients présentent généralement une comorbidité, c'est-à-dire plusieurs troubles psychiques concomitants. Il est rare qu'un trouble apparaisse isolément. Or, les processus de thérapie en ligne évoqués ci-dessus ne conviennent guère à ce tableau clinique. Plusieurs études (Berger, Boettcher et Caspar, 2014; Carlbring et al., 2011) ont montré que les interventions en ligne conçues sur mesure donnent des résultats. Les contenus d'une thérapie en ligne sont scindés en éléments constitutifs appelés modules, qui sont ensuite associés différemment pour chaque personne en quête de soins, en fonction de ses symptômes. Il est ainsi possible de proposer à la patiente ou au patient une thérapie en ligne personnalisée qui présente les mêmes avantages qu'une thérapie en tête à tête personnalisée.



### 3. Les interventions en ligne sont-elles efficaces?

Concernant l'efficacité des interventions en ligne, il faut d'abord préciser que «le terme «intervention en ligne» est souvent employé comme terme générique sans plus de précisions sur la méthode d'intervention exacte de psychologie clinique mise en œuvre. (...) La littérature spécialisée internationale marque peu la différence entre conseil en ligne et psychothérapie en ligne, voire pas du tout. (...) En conséquence, les résultats de l'efficacité et des mécanismes actifs du conseil en ligne sont inclus dans la section consacrée à la psychothérapie en ligne.» (Eichenberg et Küsel 2016). La distinction avec le coaching n'est pas non plus évidente puisque les nombreuses études sur les programmes d'auto-assistance encadrés font souvent référence à des «coaches» qui ont pour principale fonction d'encourager les personnes en quête de soins à poursuivre les exercices de leur programme d'auto-assistance et d'activer les ressources.

Bien que la recherche sur les interventions sur In-

ternet soit encore relativement récente, nous disposons déjà de plus de 200 études d'efficacité contrôlées et de plusieurs revues systématiques et méta-analyses (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper et Hedman, 2014; Hedman, Ljotsson et Lindefors, 2012, par exemple). Les études couvrent un large spectre de désordres et problèmes psychiques et de médecine comportementale. L'efficacité des thérapies en ligne n'est pas encore scientifiquement étayée pour l'ensemble des troubles, ce qui n'exclut pas une possible efficacité.

La plupart des évaluations portent sur des programmes d'auto-assistance encadrés contre les troubles anxieux et la dépression (Andersson, 2016). Des programmes d'auto-assistance encadrés ont désormais été évalués pour une multitude de troubles et de problèmes. Le tableau 1 donne un aperçu des troubles et problèmes pour lesquels on dispose déjà d'études randomisées contrôlées avec preuves de l'efficacité.

**Tableau 1.** Domaines dans lesquels l'efficacité des programmes d'auto-assistance encadrés sur Internet a été évaluée dans le cadre d'études randomisées contrôlées (d'après Andersson, 2016)

Troubles psychiatriques	Troubles somatiques / problèmes de santé	Autres
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dépression (y compris dépression post-partum)</li> <li>▶ Trouble bipolaire</li> <li>▶ Trouble panique avec/sans agoraphobie</li> <li>▶ Phobie sociale</li> <li>▶ Phobie spécifique</li> <li>▶ Troubles anxieux généralisés</li> <li>▶ Hypochondrie</li> <li>▶ Anxiété et dépression associées</li> <li>▶ Trouble obsessionnel compulsif</li> <li>▶ Etat de stress post-traumatique</li> <li>▶ Addiction aux jeux de hasard</li> <li>▶ Troubles alimentaires divers</li> <li>▶ Dismorphophobie</li> <li>▶ Toxicomanies diverses</li> <li>▶ Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Maux de tête</li> <li>▶ Acouphènes</li> <li>▶ Diabète</li> <li>▶ Insomnies</li> <li>▶ Douleurs chroniques</li> <li>▶ Cancer</li> <li>▶ Syndrome du côlon irritable</li> <li>▶ Encoprésie</li> <li>▶ Troubles de l'érection</li> <li>▶ Syndrome de fatigue chronique</li> <li>▶ Sclérose en plaques</li> <li>▶ Surpoids</li> <li>▶ Tabagisme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Thérapie de couple</li> <li>▶ Soutien aux parents</li> <li>▶ Gestion du stress</li> <li>▶ Perfectionnisme</li> <li>▶ Auto-indulgence</li> <li>▶ Burnout</li> <li>▶ Procrastination</li> <li>▶ Deuil difficile</li> <li>▶ Complexe physique</li> <li>▶ Désir d'enfant inassouvi</li> </ul>

Diverses méta-analyses et revues systématiques ont montré que les programmes d'auto-assistance encadrés produisent en moyenne des effets thérapeutiques à l'efficacité comparable à celle des psychothérapies conventionnelles (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Ripper et Hedman, 2014; Hedman, Ljotsson et Lindefors, 2012). Les temps d'intervention des psychothérapeutes étant plus courts que pour les psychothérapies conventionnelles (10 à 20 minutes hebdomadaires par patient en moyenne), les méthodes d'auto-assistance encadrées s'avèrent aussi moins coûteuses que les psychothérapies conventionnelles (Hedman et al., 2012b, par exemple). De plus, l'efficacité à long terme a été démontrée jusqu'à cinq ans après l'intervention (Hedman et al., 2011, par exemple). Dans des pays où les interventions d'auto-assistance encadrées sont déjà couramment proposées, comme la Suède ou l'Australie, les résultats des études contrôlées ont pu être reproduits dans la pratique quotidienne et avec des patientes ou patients réguliers (Andersson et Hedman, 2013).

Alors qu'il existe déjà de très nombreuses études sur les programmes d'auto-assistance encadrés, on ne dispose encore que de rares études sur les thérapies par e-mail, chat et vidéo, mais leurs résultats sont très prometteurs (Kessler et al., 2009; Simpson et Reid, 2014; Vernmark et al., 2010). Les études sont encore moins nombreuses concernant les «blended treatments», qui combinent interventions en face à face et interventions en ligne. Il est clair que les recherches dans ce domaine doivent être approfondies.

En revanche, il est bien établi que les programmes d'auto-assistance non encadrés sont eux aussi efficaces pour différents problèmes en comparaison avec des groupes témoins passifs (p. ex. listes d'attente), en

particulier en cas de symptômes dépressifs (Cuijpers et al., 2011; Karyotaki et al., 2015; Karyotaki et al., 2017). Les effets constatés sont cependant moins importants en moyenne qu'avec des programmes d'auto-assistance encadrés (Baumeister, Reichler, Munzinger et Lin, 2014; Richards et Richardson, 2012; Spek et al., 2007). Cette moindre efficacité s'explique essentiellement par une moins bonne observance du traitement et des taux d'abandon plus élevés que pour les programmes encadrés. Mais si l'on ne retient pour analyse que les résultats des participantes et participants ayant suivi un programme jusqu'au bout, les études sur les programmes d'auto-assistance non encadrés révèlent en général des effets importants (Meyer et al., 2009). Il semble donc qu'une partie des participantes et participants aux programmes d'auto-assistance non encadrés puissent en tirer profit tandis qu'une autre abandonne l'intervention prématurément. Les taux d'abandon sont particulièrement élevés lorsque les conditions d'accès au programme d'auto-assistance sont très peu discriminantes et que la pertinence des candidatures n'est pas davantage vérifiée. Le programme australien MoodGym contre la dépression, par exemple, anonyme et gratuit, est directement accessible sur simple saisie d'un nom d'utilisateur au choix et d'un mot de passe. Le nombre de personnes qui s'inscrivent à ce type d'offres en libre accès est très élevé, mais elles sont aussi nombreuses à interrompre l'intervention prématurément (Christensen, Griffiths et Jorm, 2004). Les offres d'auto-assistance non encadrées qui comportent une procédure plus complète de vérification des candidatures, y compris un entretien diagnostique, présentent au contraire des taux d'abandon plus faibles et des effets plus probants (Berger et al., 2017; Johansson et Andersson, 2012).

## 4. Opportunités et risques

Les interventions en ligne comportent des opportunités et des risques. Berger (2015) souligne que les interventions en ligne présentent des caractéristiques spécifiques qui peuvent avoir des avantages mais aussi des inconvénients. La communication à distance, par exemple, a l'avantage de dispenser les patientes et patients d'un déplacement et de pouvoir s'adresser également aux personnes qui ne trouvent aucune aide en raison des conditions géographiques ou de leur mobilité réduite. Elle présente aussi l'avantage de passer par les canaux de communication préférés des jeunes. Par contre, elle présente aussi l'inconvénient de mettre en péril la confidentialité des données lors de leur

transmission (si aucune technique de cryptage n'est mise en œuvre), de ne pas garantir l'identité du prestataire et des patients, et de ne pas toujours permettre une réaction appropriée face à des situations de crise aiguë. Le tableau 2 présente un aperçu des avantages et inconvénients des interventions sur Internet, sachant que le poids des avantages et inconvénients cités varie en fonction des différentes formes d'interventions sur Internet. Des avantages tels que la disponibilité immédiate, la reproductibilité illimitée, les faibles coûts d'intervention ou la qualité constante, par exemple, concernent les programmes d'auto-assistance proposés sur un site Internet, mais pas les thérapies par e-mail.

**Tableau 2.** Avantages et inconvénients des thérapies sur Internet (adaptation de Berger et Caspar, 2011 et Berger, 2015).

Caractéristiques des méthodes basées sur Internet	Avantages	Inconvénients / risques
Traitement à distance	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Confortable, nul besoin de se déplacer</li> <li>▶ Peut convenir à des patientes et patients qui ne trouvent aucune aide en raison des conditions géographiques ou d'une mobilité réduite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Réaction appropriée face à des situations de crise (p. ex. risque suicidaire) pas toujours possible</li> <li>▶ Confidentialité des données menacée par la transmission et la sauvegarde des informations</li> <li>▶ Identité des prestataires et des patientes et patients non garantie</li> </ul>
Souplesse dans les disponibilités, pas d'horaires fixes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Plus de rendez-vous à fixer (pour la communication différée uniquement; il faut toujours des rendez-vous pour la communication simultanée)</li> <li>▶ Utilisation possible même en dehors des horaires de travail habituels</li> <li>▶ La patiente ou le patient peut choisir le meilleur moment pour consulter les supports et progresser à son rythme</li> <li>▶ La multiplication de brèves sessions de travail et prises de contact peut être bénéfique aux processus d'apprentissage</li> <li>▶ Les messages du ou de la thérapeute peuvent être supervisés avant l'envoi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'absence de cadre temporel peut nuire à l'assiduité</li> <li>▶ Possibilités réduites d'échanges directs et spontanés</li> </ul>

<p>Absence de contact physique / communication écrite</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ La réticence à surmonter pour rechercher de l'aide est moins grande que pour les thérapies en face à face</li> <li>▶ Patients plus francs et plus directs (effet désinhibiteur: les patientes et patients en viennent plus rapidement au fait)</li> <li>▶ Les barrières sociales tombent (p. ex. en raison de traits extérieurs)</li> <li>▶ Possibilité de revenir à ce qu'on a écrit pour y réfléchir</li> <li>▶ Plus grande autodétermination (les patientes et patients choisissent les sujets qu'ils abordent à l'écrit)</li> <li>▶ Participation active au processus thérapeutique incontournable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Absence de communication non verbale et paraverbale</li> <li>▶ Il est plus facile de garder secrets ou d'éviter les sujets difficiles</li> <li>▶ Malentendus plus fréquents</li> <li>▶ Nécessite des aptitudes à l'écrit</li> <li>▶ Ecrire demande plus d'efforts et prend plus de temps que parler</li> </ul>
<p>Programmes d'auto-assistance facilement disponibles et reproductibles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Faibles coûts</li> <li>▶ Qualité constante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les offres peu sérieuses au professionnalisme douteux peuvent aussi être diffusées facilement</li> </ul>

## 5. Compétences spécifiques

La thérapie a d'autant plus de chances d'être efficace que la patiente ou le patient est confiant-e et aime échanger en ligne. La ou le thérapeute doit donc garder à l'esprit la possibilité/nécessité de passer d'une thérapie en ligne à une consultation habituelle en cours de processus, ou de changer de média ou de canal de communication.

### 5.1 Qualification

Psychothérapie: un titre postgrade fédéral ou un titre étranger reconnu par la Commission des professions de la psychologie (PsyCo) en psychothérapie

### 5.2 Compétences

Compétences en psychothérapie et en communication

- ▶ Indications et orientation:
  - ▶ Savoir évaluer les indications et contre-indications pour une thérapie en ligne
  - ▶ Connaître d'autres institutions et collègues
- ▶ Savoir susciter la confiance et l'implication de la patiente ou du patient: la thérapie a d'autant plus de chances d'être efficace que la patiente/le patient est confiant-e.
- ▶ Evolution des symptômes: changer éventuellement de média ou d'approche
  - ▶ Passer d'un média à un autre si cela semble opportun
  - ▶ Passer d'une thérapie en ligne à des consultations en face à face si cela semble plus approprié
- ▶ Savoir nouer une relation: malgré l'anonymat, être capable d'établir un lien d'empathie et d'inciter le patient ou la patiente à rester investi-e.
- ▶ Faire preuve de flexibilité dans la définition du programme et des objectifs augmente les chances de succès
- ▶ Connaître le cadre légal concernant le droit d'informer

### 5.3 Aptitudes techniques

- ▶ Connaissances de base du matériel informatique et des logiciels actuels, connaissances d'Internet et des canaux de communication actuels (e-mail, chat, forums, SMS) en tant qu'utilisateur
- ▶ Savoir taper du texte rapidement est une compétence pratique importante pour la thérapie en ligne (e-mails, chats), en particulier pour les échanges simultanés

### 5.4 Compétences en protection des données et sécurité

Compétences en matière de protection des données et de sécurité: connaître les directives liées à la protection des données et à la sécurité.

### 5.5 Concepts de la thérapie basée sur les médias

Les spécialistes connaissent les théories et les modèles de la communication sur ordinateur (théorie de réduction des canaux, théorie du traitement social de l'information, théories sur les possibilités d'imagination et de simulation, théories du choix des médias) et sont capables de s'inspirer de ces théories et modèles dans leur pratique. Ces concepts sont énoncés en détail dans l'ouvrage de R. Ott et C. Eichenberg (Ott, R. (Ed.), (2003), *Klinische Psychologie und Internet, Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*, Hogrefe, Göttingen) et résumés dans le livre de Thomas Berger (2015).

### 5.6 Lecture et écriture

- ▶ Comprendre le fond des messages et savoir en dégager l'essentiel, lire entre les lignes et/ou repérer les silences
- ▶ Style rédactionnel: le nombre de mots, la longueur des messages et la fluidité (smoothness) peuvent avoir une influence sur la façon dont la personne en quête de soins perçoit subjectivement l'aide qui lui est apportée. La qualité de l'expression écrite de part et d'autre constitue un facteur important.
- ▶ Indiquer ce qu'on a compris et ce qui nous échappe. Éviter les formulations ironiques
- ▶ Poser les bonnes questions pour inciter la patiente ou le patient à s'engager dans un travail
- ▶ Orthographe
- ▶ Connaître les émoticônes les plus importantes et courantes et les abréviations usuelles de la communication en ligne

### 5.7 Evolution de la qualité

- ▶ Être disposé-e à participer à des heures d'intervention ou de supervision
- ▶ Continuer de se former à la thérapie en ligne

## 6. Création d'un site Internet

Lors de la création et de la mise à jour d'un site Internet, il convient de prêter attention aux points suivants:

- ▶ Structure
- ▶ Site lisible et convivial
- ▶ Mises à jour possibles et faciles
- ▶ Pratique à consulter sur smartphone/téléphone mobile
- ▶ Possibilité de prendre contact et de communiquer dans un espace crypté au sein du site Internet
- ▶ Contrat thérapeutique réglant les différents aspects de la prise en charge (thérapie, protection des données, reconnaissance des risques, support technique, honoraires) et CC, le cas échéant.
- ▶ Mentions légales
- ▶ Définition des responsabilités pour le site Internet et communication transparente vis-à-vis des patientes et patients

## 7. Bibliographie

- ▶ Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annu Rev Clin Psychol*, 12, 157-179.
- ▶ Andersson, G., Hedman, E. Effectiveness of guided internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie*. 2013;23:140-148.
- ▶ Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13(3), 288-295.
- ▶ Andrews, G., Cuijpers P., Craske, MG., McEvoy, P., Titov, N. (2010), Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis, *PLoS ONE* 5(10): e13196.
- ▶ Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions - A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205-215.
- ▶ Berger, T., Boettcher, J., & Caspar, F. (2014), Internet-Based Guided Self-Help for Several Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial Comparing a Tailored With a Standardized Disorder-Specific Approach. *Psychotherapy*, 51(2), 207-219
- ▶ Berger, T. (2015), Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen, Göttingen: Hogrefe.
- ▶ Berger, T., Urech, A., Krieger, T., Stolz, T., Schulz, A., Vincent, A., . . . Meyer, B. (2017). Effects of a transdiagnostic unguided Internet intervention (velibra) for anxiety disorders in primary care: results of a randomized controlled trial. *Psychol Med*, 47(1), 67-80.
- ▶ Botella C., Garcia-Palacios A., Banos RM., Quero, S., (2009), Cybertherapy: Advantages, Limitations, and Ethical Issues, *PsychNology Journal*, Volume 7, Number 1, 77 - 100.
- ▶ Carlbring, P., Maurin, L., Torngrén, C., Linna, E., Eriksson, T., Sparthán, E. et al. (2011). Individually-tailored, Internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(1), 18-24.
- ▶ Carrard, I., Fernandez-Aranda, F., Lam, T., Nevenon, L., Liwowsky, I., Volkart, A. C. & Norring, C. (2011). Evaluation of a guided internet self-treatment programme for bulimia nervosa in several European countries. *European Eating Disorders Review*, 19(2), 138-149.
- ▶ Carrard I, Crépin C, Rouget P, Lam T, Golay A, Van der Linden M. (2011), Randomised controlled trial of a guided self-help treatment on the Internet for binge eating disorder, *Behaviour Research and Therapy*, Volume 49, Issue 8, 482-491.
- ▶ Christensen, H., Griffiths, K. M., & Jorm, A. F. (2004). Delivering interventions for depression by using the Internet: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7), 265-268.
- ▶ Copeland J. & Martin, G. (2004), Web-based interventions for substance use disorders: a qualitative review, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26 (2), 109-116. DOI:10.1016/S0740-5472(03)00165-X
- ▶ Cuijpers, P., Donker, T., Johannson, R., Mohr, D. C., van Straten, A., & Andersson, G. (2011). Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: A meta-analysis. *PLoS One*, 6(6), e21274.
- ▶ Demailly, L. (2007). Que fait l'Internet aux psychanalystes?. *Le Carnet PSY*, (7), 30-34.
- ▶ Eichenberg, C., Kühne, S. (2014), Einführung Onlineberatung und -therapie. *UTB, Psychomed Compact* 7.
- ▶ Eichenberg, C. & Küsel, C. (2016). E-Mental-Health: Erkenntnisse über Wirkmechanismen fehlen noch. *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe PP, 4, 176-179.
- ▶ Eichenberg, C., & Küsel, C. (2016). Zur Wirksamkeit von Online-Beratung und Online-Psychotherapie. *Resonanzen-E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 4(2), 93-107.
- ▶ Harald Geißler (Hrsg.): E-Coaching. *Schneider Verlag Hohengehren (Baltmannsweiler)* 2008.
- ▶ Geissler, Harald/Hasenbein, Melanie/Wegener, Robert (2013). E-Coaching: Prozess- und Ergebnisevaluation des virtuellen Zielerreichungscoachings. In: *Organisationsberatung Coaching Supervision*. 20. Jg. (2). S. 125-145.
- ▶ Geissler, Harald/Wegener, Robert (Hg.) (2015). *Bewertung von Coachingprozessen*. Wiesbaden: Springer VS.
- ▶ Hedman, E., Andersson, G., Ljótsson, B., Andersson, E., Rück, C., Mörtberg, E. & Lindfors, N. (2011a). Internet-based cognitive behavior therapy vs. cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled non-inferiority trial. *PLoSOne*, 6 (3), e18001. doi: 10.1371/journal.pone.0018001
- ▶ Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., Lindfors, N. & Andersson, G. (2011b). Five-year follow-up of internet-based cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 13 (2), e39. doi: 10.2196/jmir.1776

- ▶ Hedman, E., Ljótsson, B. & Lindefors, N. (2012b). Cognitive behavior therapy via the internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12, 745 – 764. doi: 10.1586/erp.12.67.
- ▶ Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 861-870.
- ▶ Karyotaki, E., Kleiboer, A., Smit, F., Turner, D. T., Pastor, A. M., Andersson, G., . . . Cuijpers, P. (2015). Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: an individual patient data meta-analysis. *Psychol Med*, 45(13), 2717-2726.
- ▶ Karyotaki, E., Riper, H., Twisk, J., Hoogendoorn, A., Kleiboer, A., Mira, A., Mackinnon, A., Meyer, B., Botella, C., Littlewood, E., Andersson, G., Christensen, H., Klein, J.P., Schröder, J., Breton-Lopez, J., Scheider, J., Griffiths, K., Farrer, L., Huijbers, M., Philipps, R., Gilbody, S., Moritz, S., Berger, T., Spek, V., Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Self-guided Internet-based Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Depressive Symptoms. A Meta-analysis of Individual Participant Data. *JAMA Psychiatry*, 3.
- ▶ Kessler, D; Lewis, G; Kaur, S; Wiles, N; King, M; Weich, S; Sharp, D (2009), Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression: a randomised controlled trial in primary care, *Lancet*. 374, 9690, 628-634
- ▶ Knaevelsrud, C., Wagner, B., Böttche, M., (2016), *Online-Therapie und -Beratung*, Göttingen: Hogrefe.
- ▶ Kühne, S., Hintenberger, G., (Hg.) (2009), *Handbuch Online-Beratung*, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- ▶ Leroux, Y. (2008). Psychothérapies en ligne – histoire, questions éthiques, processus. *Psychothérapies*, 28(3), 211-221.
- ▶ Leroux, Y. (2012). Psychothérapie et Internet. *Le Journal des psychologues*, (8), 29-33.
- ▶ Meyer, B., Berger, T., Caspar, F., Beevers, C. G., Andersson, G., & Weiss, M. (2009). Effectiveness of a Novel Integrative Online Treatment for Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 11(2).
- ▶ Ott, R. (Ed.) . (2003). *Klinische Psychologie und Internet: Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*. Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- ▶ Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 32(4), 329-342.
- ▶ Simpson, S. G., & Reid, C. L. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *Aust J Rural Health*, 22(6), 280-299.
- ▶ Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med*, 37(3), 319-328.
- ▶ Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Öberg, J., ... & Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour research and therapy*, 48(5), 368-376.
- ▶ Waldl R., PERSON 2/2004, PERSON. Internationale Zeitschrift für Person zentrierte und Experienzelle Psychotherapie und Beratung.



## 8. Composition du groupe de travail

Élaboré par le groupe de travail «Interventions en ligne» de la FSP

	Nom	Organisation
<b>Scientifiques</b>	Prof. Dr. Thomas Berger	Université de Berne
	Dr. Eva Heim	Université de Zurich
	Prof. Dr. Andreas Maercker	Université de Zurich
	PD Dr. Michael P. Schaub	Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF)
<b>Praticiens</b>	Herbert Kubat, lic.phil.	psy-help-online.ch
	Dr. Josef Lang	onlineberatungen.com
	Reto Mischol, MSc	psyaspect.ch
	Dr. Dania Schiffan	Zismed
	Anne-Christine Volkart, lic. psych.	Psychologue, psychothérapeute SSTC-FSP
	Isabelle Zumwald, MSc	Coach et conseillère en orientation professionnelle, SSCP/SGCP
<b>Psychiatres</b>	Dr. med. Christian Bernath	FMPP
	Dr. med. Daniel Bielinski	FMPP
<b>FSP</b>	Lic. iur. Snezana Blickenstorfer	Secrétariat général de la FSP (droit)
	Lauranne Jan du Chêne, MSc	Secrétariat général de la FSP (formation postgrade)
	Jean-Baptiste Mauvais, MA	Secrétariat général de la FSP (politique professionnelle)
	René Schegg, MA	Secrétariat général de la FSP (politique professionnelle)
	Dr. André Widmer	Commission de formation postgrade de la FSP