

**Université Lille 2**

**Université Paris 13**

**APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille**

**CCOMS, EPSM Lille Métropole**

**Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire**

**«Santé mentale dans la communauté»**

**Année 2019**

**État des lieux des thérapies par internet (e-thérapies).**

Sous-titres:

Les e-thérapies peuvent-elles répondre aux difficultés d'accès aux psychothérapies en France ?

Comment les e-thérapies peuvent-elles s'inscrire dans la santé communautaire?

Focus sur une expérience de création d'un programme d'e-thérapie en self-help par un secteur de psychiatrie adulte.

**Dr Christophe Versaevel**

Service du Dr Lajugie, EPSM Lille Métropole, Armentières.

Table des matières :

<b>Introduction</b>	p 3
<b>1 Préalables.</b>	p 4
1.1 Définir les concepts	p 4
1.1.1 La psychothérapie et ses difficultés d'accès.	p 4
1.1.2 Définir la e-thérapie.	p 7
1.1.3 Les côtés sombres de la e-santé.	p 11
1.1.4 Évaluation des e-thérapies en self-help.	p 14
1.1.4.1 Méthode « Revue de la littérature ».	p 14
1.1.4.2 Méthode « Focus-groups » de l'étude EQUME.	p 16
1.1.5 La communauté et les principes de la santé communautaire.	p 19
<b>2 Focus sur une expérience de création d'un site d'e-thérapie par un secteur de psychiatrie adulte.</b>	p 21
2.1 Historique : création du programme TBPC (Thérapie Basée sur la Pleine Conscience).	p 21
2.1.1 Une volonté première de créer un groupe de thérapie basée sur La méditation	p 21
2.1.2 Les développements issus de la création du premier programme	p 25
2.2 Éléments d'évaluation du premier programme.	p 27
2.2.1 Mémoire pour le DES de psychiatrie du Dr Culem.	p 27
2.2.2 Fréquentation du site TBPC.	p 28
2.2.3 Retours des utilisateurs.	p 29
2.2.3.1 En self-help guidé.	p 29
2.2.3.2 En self-help total.	p 30
<b>3 Les e-thérapies peuvent-elles répondre aux difficultés d'accès à la psychothérapie en France ?</b>	p 33
3.1 Un enjeu important de santé publique.	p 33
3.2 Thérapeutes libéraux en cabinet, e-thérapeutes et thérapeutes en CMP.	p 35
3.3 Conditions d'un déploiement optimal des e-thérapies.	p 36
<b>4 Comment les e-thérapies peuvent-elles s'inscrire dans la santé communautaire ?</b>	p 39
<b>5 Conclusion.</b>	p 41
<b>6 Bibliographie.</b>	p 42

## Introduction :

Nous sommes entrés dans l'ère du numérique. Le pourcentage de foyers ayant accès à internet est passé de 41% en 2006 à 88% en 2018 [1]. Le numérique infiltre maintenant le monde de la santé et de la santé mentale (sites sur internet, dossiers médicaux, téléconsultations).

L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) définit la e-santé comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne ». Par extension, la e-santé mentale (ou la e-psychiatrie) désigne tous les outils numériques consacrés au bien-être et aux soins psychiques.

Il est nécessaire d'évaluer les répercussions sur les soins pour nous y adapter et anticiper. Certains changements sont bénéfiques. En effet, la e-santé peut faciliter l'accès à l'information via certains sites internet ou forums, faciliter le soutien moral et les liens sociaux via certains forums, faciliter l'accès aux soins via les consultations à distance. A contrario, d'autres changements peuvent être une source potentielle de mal-être. Comme par exemple la diffusion de mauvaises informations (fake-news), l'usage excessif des écrans ou des réseaux sociaux et le harcèlement en ligne...

Ce mémoire propose de cerner les bénéfices, les limites et les inconvénients d'une pratique d'e-santé mentale : les programmes de psychothérapies en ligne à réaliser seul (self-help), via une application ou un site internet.

Nous allons tout d'abord définir ce qu'est une psychothérapie et dresser un état des lieux de ces pratiques en France. Nous verrons que l'accès des personnes aux psychothérapies n'y est pas facile pour de multiples raisons. Depuis peu, les psychothérapies par internet se développent. Nous allons tenter d'évaluer ce dispositif à l'aide d'une revue de la littérature et du recueil des représentations des professionnels et des usagers. Nous allons également relater l'expérience de la création d'un site de thérapie par internet sur un secteur de psychiatrie adulte pour élargir l'évaluation de cette pratique.

Au final nous allons tenter de répondre à ce double questionnement : les thérapies par internet peuvent-elles répondre aux difficultés d'accès à la psychothérapie en France ? Dans quelles mesures ces thérapies peuvent-elles s'inscrire dans la santé communautaire ?

## 1 Préalables.

### 1.1 Définir les concepts

#### 1.1.1 La psychothérapie et ses difficultés d'accès.

##### **Comment définir la psychothérapie ?**

Il s'agit des soins ou de l'accompagnement d'une personne souffrant de problèmes psychiques, par un psychothérapeute (personne formée pour pratiquer la psychothérapie). Les approches de la psychothérapie sont nombreuses et se basent sur différents modèles théoriques.

##### **Qui aurait besoin d'une psychothérapie en France ?**

La psychothérapie est indiquée seule ou en complément d'une médication dans la majorité des troubles psychiques. Quand on sait que les troubles psychiques touchent 20 à 25% de la population [2], le besoin en psychothérapie est donc conséquent.

En France en 2014, 1 personne sur 5 déclarait avoir été suivie pour un problème psychologique et pour 11% le suivi est encore effectif [3]. Il faut noter la tendance à l'augmentation constante du nombre de personnes suivies. Par exemple sur une période de 10 ans, de 1989 à 1999, le nombre de personnes suivies en Centre Médico-Psychologique (le CMP est le lieu des consultations de la psychiatrie publique) a augmenté de 56%. L'augmentation du nombre de personnes suivies par les psychiatres libéraux sur cette même période est de 19,4% [4].

L'évaluation scientifique des effets des psychothérapies montre qu'elle est efficace. Sur le plan général, son efficacité dépend davantage de l'alliance thérapeutique qui se lie entre la personne demandeuse et le thérapeute [5]. Cela dit, il apparaît cependant que certaines psychothérapies apparaissent plus efficaces sur certains troubles spécifiques [6].

Concernant les personnes, les principales raisons qui conduisent à consulter sont la dépression (33%), un sentiment diffus de mal-être (31%), le stress et l'anxiété (21%) et les ennuis familiaux (18%) [7].

##### **Qui peut pratiquer la psychothérapie ?**

En France, la loi du 9 août 2004 régit l'usage du titre de psychothérapeute et impose l'inscription des professionnels au registre national des psychothérapeutes en préfecture. Leur exercice dépend de l'Agence régionale de santé du lieu où ils exercent. Le décret du 20 mai 2010 en précise le statut. Le psychothérapeute peut être un psychiatre, un psychologue ou une personne ayant validé une formation (reconnue par l'état) de psychothérapeute.

## **Quels problèmes concernent les psychothérapies en France ?**

### **Leur coût.**

Le problème des psychothérapies en France relève principalement de leur coût. En effet, peu de personnes peuvent se permettre de consulter un psychologue ou un thérapeute libéral. La séance coûte en moyenne 50 euros et n'est pas remboursée par la sécurité sociale. Rarement, les mutuelles remboursent un certain nombre de séances. La durée moyenne de la thérapie étant de 10 à 15 séances, le coût revient entre 500 et 750 euros. A noter une expérimentation récente dans 3 régions qui permet aux personnes d'être remboursées de 10 séances de psychothérapie par la sécurité sociale prescrites par le médecin généraliste.

La population se tourne donc vers le service public qui assure la majorité des actes de psychothérapie. En 2011, 71% des usagers des services de psychiatrie ne sont suivis qu'en ambulatoire. Il est possible d'avoir accès à des séances de psychothérapies sans frais dans l'un des 2032 Centres Médico-Psychologiques de chaque secteur de psychiatrie (France métropolitaine). Mais en pratique, ces centres étant saturés, les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont de 4 à 6 mois. La fermeture de ces structures en soirée et le week-end limite également ce recours pour les personnes actives.

L'autre solution est de consulter un psychiatre en libéral. En secteur 1, la sécurité sociale rembourse 31,69 euros sur 46,7 euros. En secteur 2, les dépassements d'honoraires peuvent également s'élever à plus de 50 euros.

Un sondage « Opinionway » de 2014 [3] révèle que le coût de la consultation à la charge du patient est cité comme le premier frein à l'accès aux psychothérapies.

Notons aussi que la psychothérapie délivrée par les psychiatres n'est pas toujours appréciée par les usagers présentant des troubles psychiques « légers ». En effet la formation du psychiatre est davantage axée sur l'accompagnement des pathologies mentales « lourdes » nécessitant une médication et des soins institutionnels.

### **La mauvaise orientation par les médecins généralistes.**

Le champ de la psychothérapie est si vaste, que lorsqu'une personne présente une souffrance psychique, elle s'oriente d'abord vers son médecin généraliste. Mais ces derniers le reconnaissent, ils n'ont pas la formation, ni le temps pour réaliser un bon diagnostic et un

accompagnement de qualité dans ces situations. Le résultat est qu'ils ont donc tendance à privilégier les médicaments qui ne représentent pas toujours la réponse la plus adaptée.

### **Le manque d'informations.**

80% des Français considèrent que la meilleure réponse aux souffrances psychiques est la psychothérapie. Viennent ensuite le soutien de l'entourage (66%) et le médicament (58%) [3]. Il existe cependant un manque d'information : moins de 50% d'entre eux connaissent les CMP. 82% ne se considèrent pas assez informés par l'offre de soins en santé mentale et 79% sur les maladies mentales elles-mêmes.

### **Le soupçon d'inefficacité.**

Ce manque d'informations sur le système de soins et les maladies mentales nourrit des doutes sur l'efficacité des médicaments et des psychothérapies. 1 Français sur 3 juge les traitements et les psychothérapies inefficaces [8].

### **L'image négative et la peur de la stigmatisation.**

Pour 47% des Français, les maladies mentales sont associées à des dénominations négatives (débile, attardé, aliéné, dément...). De ce fait, ils ne sont que 5% à déclarer être ou avoir été atteints d'une maladie mentale [8].

### **La peur de dévoiler son intimité à un inconnu.**

La démarche implique que l'on vienne parler à quelqu'un que l'on ne connaît pas. 14% des Français n'ont pas envie de parler de leur intimité à cet inconnu. 11% ne savent pas en qui ils peuvent avoir confiance. 8% avouent ne pas avoir osé faire la démarche [8]. La peur du jugement d'autrui est très présente dans les troubles anxio-dépressifs.

### 1.1.2 Définir la e-santé mentale et la e-thérapie.

#### **Définir la e-santé mentale.**

Les technologies numériques envahissent notre vie quotidienne. Le pourcentage de foyers ayant accès à internet est passé de 41% en 2006 à 88% en 2018 [1]. Le numérique infiltre maintenant le monde de la santé et de la santé mentale (sites sur internet et applications pour l'information, la prévention et le traitement des troubles, dossier médical partagé, entraide mutuelle en ligne, téléconsultations...).

L'OMS définit la e-santé comme « *les services du numérique au service du bien-être de la personne* ». La commission européenne parle des « *différentes applications des technologies de l'information et de la communication aux soins de santé* » [9].

41 millions de Français possédaient un smartphone en 2018. Parmi ces derniers, 43% avaient des applications de santé [10]. L'usage de la e-santé est donc déjà considérable, puisqu'elle concerne au moins un Français sur trois, voire un sur deux. D'autant que cette utilisation semble exponentielle.

Par extension, la **e-santé mentale (ou la e-psychiatrie) désigne tous les outils numériques consacrés au bien-être et aux soins psychiques.** Les outils de e-santé mentale s'adressent à toute personne souhaitant améliorer son bien-être psychique, ou ayant besoin de soin ou de soutien en cas de troubles psychiques. Ces outils peuvent aider la personne (ou ses proches), dans le suivi des symptômes, la psychoéducation, le suivi de la thérapie, le suivi du traitement, etc.

En 2018 : 325000 applications mobiles en santé mentale dans le monde (doublement en 2 ans), dont 10000 relatives à la santé mentale [11]. Le problème réside dans le fait que 74 % des spécialistes de santé déclarent ne pas conseiller et orienter les patients vers la e-santé [12]. Seuls 10 pays en Europe (22%), dont la France, mettent en place des systèmes d'évaluation de la qualité, de la sécurité et de la fiabilité des dispositifs de e-santé [13].

#### **Définir la e-thérapie.**

Il s'agit d'utiliser le média « internet » pour délivrer une psychothérapie. Il existe deux types de e-thérapie radicalement différentes :

Il y a d'abord la **psychothérapie « traditionnelle » à distance**. Ici, internet représente juste un média alternatif. Il est alors possible d'envisager des thérapies basées sur des e-mails, des

chats ou des vidéos (visioconsultation ou e-consultation). Cette dernière est aussi appelée télépsychiatrie [14]. Ici, comme en thérapie traditionnelle en « face à face », c'est toujours le facteur relationnel et l'alliance thérapeutique qui représentent les moteurs de l'efficacité thérapeutique. En 2019, le gouvernement français a donné son accord pour que ces e-consultations soient remboursées, ce qui va certainement augmenter fortement ce type de soin. Ces consultations sont par exemple accessibles via le site « Doctoconsult » qui devient « Doctopsy ».



Ce média lève de nombreux freins à l'accès aux psychothérapies. De plus, la flexibilité de ces consultations séduit les médecins comme les usagers. Le délai d'attente serait réduit de 70 %. Ces e-consultations à distance ne sont pas exactement l'objet de ce mémoire, même s'il y a un lien. En effet, les e-thérapies en self-help pourraient être guidées lors de ces e-consultations.

Notre sujet concerne la **seconde forme d'e-thérapie** détaillée ci-après. Cette e-thérapie est radicalement différente. Elle comprend des « exercices » à réaliser soi-même. Il s'agit des **e-thérapies en « self-help »**. Elle est issue du courant de la bibliothérapie. C'est une façon de

pratiquer la psychothérapie qui a été créée dans les années 1970, découlant des découvertes du courant des thérapies cognitives et comportementales.

Pour ce courant, les troubles anxieux sont l'objet d'un apprentissage qui peut être désappris par une méthode : la désensibilisation. Il s'agit d'exposer progressivement l'anxieux à l'objet anxiogène. Le changement thérapeutique peut donc se produire dans les expériences de la vie quotidienne, en dehors des séances avec le psychothérapeute, voire même sans son aide.

De la même façon, les troubles dépressifs seraient la résultante d'un mode de vie « passif et ruminatoire ». Dès lors, l'encouragement à agir (concept d'activation comportementale) se révèle anti-dépresseur. Ici encore, le changement s'effectue dans la vie quotidienne.

La bibliothérapie représente donc une « thérapie » à réaliser soi-même en suivant les conseils et exercices contenus dans un manuel. C'est un livre d'auto-assistance. Cette forme de thérapie démontre qu'à côté de l'alliance thérapeutique se présente un autre moteur à la thérapie : les expériences d'apprentissage dans la vie quotidienne du patient. Cela ouvre la voie à la thérapie sans thérapeute, puisque le changement thérapeutique est assuré par un « programme » à réaliser soi-même (en self-help).

Avec l'outil informatique, les **bibliothérapies se sont transformées en « internet-thérapies » (ou e-thérapies)** dans les années 1980. Les travaux de Marks [15] ont donné naissance à des programmes interactifs en anglais, dont « fear fighter » pour l'anxiété et « beating the blues » pour la dépression. Bien que de nombreuses personnes ne viennent pas au bout de ces programmes lorsqu'elles ne sont pas accompagnées, on note une légère amélioration chez les « accrocheurs ».

Un programme de « self-help » se divise habituellement en « modules », équivalents aux chapitres d'un livre (ce qui reflète son affinité avec la tradition bibliothérapeutique mentionnée précédemment). La personne suit une progression graduelle à travers les modules successifs. Les premiers modules donnent des informations sur le trouble. Il s'agit de la « psychoéducation ». Les modules suivants représentent le traitement à proprement parler. Ils sont constitués d'exercices de relaxation, exposition ou activation, que la personne doit réaliser au quotidien. Le support explicatif du programme est là pour aider la personne, par des principes généraux et des exemples pédagogiques, à mieux comprendre et s'engager dans la thérapie. Au début et à la fin

du programme, des auto-évaluations permettent de constater les changements. La personne est souvent aussi encouragée à établir un plan de prévention d'éventuelles rechutes.

De nos jours, 30 ans après la création des premières e-thérapies, il existe une offre considérable de sites internet et applications qui proposent ces types de thérapies à réaliser soi-même. Cependant, « à réaliser » soi-même ne veut pas dire non accompagné. En effet, l'évaluation scientifique de ces e-thérapies en self-help montre une efficacité certaine à condition que la personne soit guidée et accompagnée par un thérapeute. Il s'agit des thérapies en **self-help guidés** (les « *internet-based guided self-help therapies* » ou « *therapist-administered treatments* »).

### 1.1.3 Les côtés sombres de la e-santé.

#### Quels risques font courir les e-thérapies ?

L'ère numérique apporte sans aucun doute des avantages considérables en santé mentale en facilitant l'information, les échanges et l'entraide. Malheureusement, des aspects négatifs voient également le jour avec cette révolution : usages excessifs des écrans, des réseaux sociaux, cyber-harcèlement, infobésité (surcharge d'informations de qualité très variable), désinformation (fake-news), exposition à la violence virtuelle.

Concernant les e-thérapies, les risques encourus sont les suivants :

-Le risque de **désinformation**. En effet, certains sites sont « antipsychiatriques ». Ils diabolisent les traitements et les soins hospitaliers. Cela alimente les fausses croyances sur la santé mentale « Les patients sont des zombies » et « On sait quand on rentre à l'hôpital psychiatrique, pas quand on en sort », ce qui peut freiner l'accès aux soins.

-La **publicité**. Les coachs et psychothérapeutes n'hésitent pas à y faire la publicité de leur personne et méthode. La fonction mercantile de ces dispositifs est évidente. En contrepois, il est rarement fait mention de la possibilité des soins gratuits du service public.

-La recherche de **nouveaux adeptes pour des mouvements sectaires**. De nombreuses sectes et mouvements de thérapies alternatives prospectent sur le net. En recherchant des personnes fragiles psychiquement et en recherche d'étayage, ils leur promettent le bonheur dans une vie spirituelle (scientologie, radicalisation...) ou des procédés ésotériques (hypnose de régression quantique, recherche des vies antérieures...). On sait que l'hypnose, avec la possibilité de fabriquer des « faux souvenirs » ou en « matérialisant les croyances » est un outil de choix.

#### Comment y remédier ?

Il serait donc judicieux, avant d'utiliser un outil de e-santé mentale ou de suivre une e-thérapie, de se poser les questions suivantes [16] :

-**Qui propose l'outil ?** Les Conditions Générales d'Utilisation (CGU) permettent d'identifier les développeurs (organisme public, profession de santé, firme pharmaceutique, usagers, association...)

**-Qui finance l'outil ?** Les sources de financement sont-elles visibles ? Un outil présenté comme gratuit imposera la plupart du temps des contreparties (publicités, revente de données personnelles). « Si c'est gratuit, c'est toi le produit ! » comme dit la maxime.

**-L'« information santé » est-elle fiable ?** Les sources d'information sont-elles visibles, datées et vérifiables ? Est-il possible d'accéder aux déclarations d'éventuels liens d'intérêt des financeurs et développeurs ?

**-L'outil est-il sécurisé ?** Certains outils nécessitent l'accès à la géolocalisation, à la liste des contacts et aux photos. La politique de confidentialité du développeur doit dans ce cas détailler les mesures de protection des données personnelles.

**-L'outil est-il pertinent ?** L'efficacité a-t-elle été évaluée scientifiquement ? L'outil est-il développé dans une démarche participative, avec ou par des personnes concernées par la problématique ? Il s'agit d'un principe de la santé communautaire.

**-L'outil est-il labellisé, certifié, et par qui ?** Selon certains labels, des avis positifs nombreux (plus de 400) sont en faveur de la qualité d'une application mobile. Actuellement en France, il n'existe aucune structure officielle évaluant et labellisant les sites et applications mobiles dédiés à la santé. Ce secteur est donc un « marché ouvert et non régulé », dans lequel les développeurs n'ont aucune obligation de validation scientifique. C'est comme si tout le monde pouvait vendre des médicaments sans contrôle des autorités sanitaires. L'appât du gain est la seule boussole sur le net. La prise de conscience du besoin de protéger les personnes des risques émerge péniblement.

**En regard des risques décrits ci-dessus, la France a débuté une politique de santé numérique en 2010, qui se décline en plusieurs éléments :**

-La création d'un référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé (haute autorité de santé, 2016), qui référence des grilles d'évaluation de la santé mobile en France et à l'international.

-La France est impliquée depuis 2016, via le CCOMS (Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale), dans le projet européen e-MEN (e-santé Mentale en Europe du Nord-ouest) visant le développement d'une plateforme d'innovation et d'implémentation transnationale d'e-santé mentale en Europe

du nord-ouest. L'utilisation moyenne dans le nord-ouest de l'Europe, des solutions de e-santé mentale par les personnes vivant avec un problème de santé mentale et les professionnels est actuellement de 8 %, ce qui est faible par rapport à d'autres secteurs de soins de santé. Il est noté de grandes disparités, avec notamment le niveau d'utilisation le plus bas en France (<1 %) et le plus élevé aux Pays-Bas (15 %). L'objectif du projet e-MEN est de faire passer l'utilisation moyenne des produits d'e-santé mentale de 8 % à 15 % sur ce public et dans la zone concernée. Le projet e-MEN est également porté par une stratégie de communication avec l'élaboration de recommandations politiques transnationales et l'organisation d'évènements favorisant une utilisation efficace à grande échelle. Le projet doit accompagner le développement de 5 dispositifs (2 pour la dépression, 2 pour l'anxiété et 1 pour l'état de stress post-traumatique).

Le projet prévoit d'accompagner et de soutenir 15 PME, de façon à aboutir au développement d'e-outils axés sur les besoins exprimés par des usagers. C'est parce que ces besoins n'avaient pas été étudiés que l'étude EQUIME a été lancée (Etude Qualitative des Attentes et Usages des M-Health par l'Ensemble des parties prenantes).

-Le Programme Pluriannuel Psychiatrie et Santé Mentale 2018-2023 de la HAS (Haute Autorité de Santé) cite la e-santé comme axe de travail.

-La feuille de route « Santé Mentale et psychiatrie » (juin 2018), cite la promotion de la santé mentale 3.0 dans ses priorités.

-La stratégie nationale « Ma Santé 2022 » prévoit une « gouvernance forte pour accélérer le virage numérique et organiser une stratégie française en matière de e-santé » accompagnée d'un financement de la « transformation numérique » à hauteur de 500 millions d'euros.

On peut constater une certaine mobilisation du gouvernement pour encadrer et accompagner la e-santé. La législation est également balbutiante et en grand décalage par rapport aux pratiques.

## 1.1.4 Évaluation des e-thérapies en self-help.

### 1.1.4.1 Méthode « Revue de la littérature ».

L'arrivée des thérapies sur internet se heurte à beaucoup de réticences, notamment par les professionnels pratiquant les thérapies traditionnelles. En effet, comment imaginer une thérapie sans thérapeute pour un thérapeute ? Les réactions fusent : « *C'est un gadget ! Ce n'est pas efficace ! Cela représente un danger pour les patients ! C'est sous-tendu par des intérêts mercantiles ! Quel sens à remplacer la relation humaine par des machines et des avatars ?* » Au-delà des craintes sur ces thérapies, qu'en dit l'évaluation objective « basée sur les preuves » ?

Tout d'abord, l'évaluation montre qu'une grande majorité des patients qui débute un programme en self-help « non guidé » ne le finit pas [17]. Les résultats sont donc peu encourageants à l'état actuel et le self-help « total » n'est pas intéressant à développer.

Par contre, toutes les études convergent vers une évaluation « positive » des e-thérapies en self-help guidées, « internet-based guided self-help therapies » :

Tout d'abord, ces thérapies **sont efficaces**. Leur efficacité est comparable aux thérapies traditionnelles en face à face [18] [19] et leurs **effets persistent dans le temps** [20].

Cavanagh [21] et Bergström [22] relèvent d'autres intérêts au self-help :

-1/ Il **améliore l'accessibilité** des thérapies, puisqu'il diminue les freins (**moins coûteuses, pas de nécessité de moyen de transport**).

-2 L'accessibilité encore accrue du fait de la levée des craintes liées aux représentations des soins en santé mentale. Il y a **moins la peur d'être stigmatisé** dans un centre psychiatrique, moins la peur de la rencontre « réelle » avec un inconnu.

-3/ Le **meilleur rapport coût-efficacité**. Si tous les thérapeutes demandaient aux personnes de suivre ces programmes, cela multiplierait par 4 le nombre de personnes suivies. En effet, les thérapeutes peuvent se concentrer sur la guidance et le travail de la motivation puisque la personne réalise seule une grande partie de la thérapie.

-4/ **La mise à jour plus facile des données issues des progrès de la recherche**. S'il est démontré que l'ajout d'un nouveau dispositif à un programme en améliore l'efficacité, sa modification bénéficiera aux multiples utilisateurs de ce dernier. Par exemple, puisque la diffusion des programmes de thérapie basée sur la méditation est ralentie par le faible nombre de thérapeutes formés, le self-help pourrait remédier à cela.

-5/ **Le développement des capacités d'autogestion et d'auto-soin chez l'utilisateur**. En effet, la personne réalisant seule les exercices thérapeutiques se détache davantage de la dépendance au thérapeute. Elle peut moins se dire « *Je vais mieux grâce à lui...sans lui je ne sais pas faire...j'ai besoin de lui pour aller bien* ». L'apprentissage à gérer seul(e) ses troubles est propice à augmenter la capacité d'agir, (l'**empowerment**).

Notons que ces programmes favorisent également l'éducation thérapeutique, l'autoévaluation et la réorientation vers les soins. En effet, le principe des thérapies cognitives et comportementales est de donner une explication des troubles et de s'auto-évaluer. La personne peut ainsi prendre réellement conscience de son trouble et se réorienter vers les soins.

Mais ces e-thérapies n'ont peut-être pas que des avantages. Il faut également citer leurs probables inconvénients :

-1/ Les e-thérapies sont **surtout adaptées pour les troubles anxieux et dépressifs**. En effet, ces programmes utilisent les thérapies cognitives et comportementales et leurs prolongements. Leurs indications se cantonnent principalement autour du stress, de l'anxiété et de la dépression.

De ce fait, certaines situations ne se prêtent pas bien à cette approche :

-**Quand la souffrance psychique est floue**. En effet, il est nécessaire avant de commencer un programme, de bien identifier le problème en question. Ce qui n'est pas toujours évident, même en entretien en « face à face ». Notons que 31% des personnes disent consulter pour un sentiment diffus de mal-être (31%) [7].

-**Quand il existe des problèmes relationnels ou interpersonnels**, des troubles de l'attachement. En effet ici, le thérapeute doit pouvoir « renvoyer » des choses à la personne qui sont souvent spécifiques à son fonctionnement et qui sont à « travailler ». La relation thérapeutique est un outil pour faire cheminer le patient dans ses autres relations. Notons que 18% des personnes rapportent consulter pour des ennuis familiaux (18%) [7].

-Quand la personne présente une **déficience intellectuelle** puisque la e-thérapie nécessite un minimum d'abstraction, de recul sur soi et de compréhension.

-Quand il existe un **manque de motivation** ou une grande passivité. Parfois la personne avance dans la thérapie par le levier d'une dépendance au thérapeute, notamment quand la

personne présente une personnalité dépendante. Dans cette situation, une fois sortie de l'interaction thérapeutique, la personne a des difficultés à trouver l'énergie et la motivation pour réaliser les tâches thérapeutiques et donc le programme de self-help.

-2/ Elles **ne paraissent pas adaptées quand la souffrance psychique est importante**. En effet ici, l'être humain réactive ses liens d'attachement. Il s'oriente vers les soins pour retrouver une base de sécurité. Évidemment dans cette situation, la relation empathique et bienveillante attendue peut difficilement venir d'un programme informatique.

Elles ne paraissent pas adaptées quand il existe un risque suicidaire imminent. Pour la même raison, il semble que c'est principalement la création d'un lien humain qui permet aux idées suicidaires de s'estomper.

#### **1.1.4.2 Méthode « focus-groups » de l'étude EQUME (Etude Qualitative des attentes et Usages des m-Health par l'Ensemble des parties prenantes).**

L'introduction de la e-santé dans l'écosystème de la santé en modifie profondément certains aspects.

L'e-santé change la nature même des soins en bouleversant le rapport des usagers aux soins et aux soignants. Dans le prolongement de l'étude e-MEN [23], l'étude EQUME [24] vise à identifier les représentations et les attentes de différents groupes sociaux (médecins généralistes, psychiatres, représentants des usagers, tout public, aidants, travailleurs sociaux, psychologues etc...), vis-à-vis de la e-santé. Le Centre Collaborateur de L'Organisation Mondiale pour la Santé (CCOMS) a reçu le soutien de la Direction Générale de la Santé (DGS) pour réaliser une étude qualitative, via la méthodologie des « focus-groups ». Il s'agit d'une méthode qualitative de recherche sociale rapide et économique qui permet de recueillir une parole spontanée en mettant les personnes interrogées dans un environnement détendu. Il s'agit d'une étude sociologique des représentations et de la diffusion des usages des technologies d'e-santé en France.

Nous allons nous centrer dans ce mémoire sur l'avis des professionnels (médecins généralistes, psychiatres, psychologues et infirmiers) et des possibles usagers (tout public,

représentants des usagers et usagers), concernant l'utilisation d'un site internet de e-thérapie : « s'aidersoi-mêmeG07.com » conçu par le Dr Jeanson, de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole à Armentières.

Commençons par les avis des **professionnels qui pourraient guider les e-thérapies** :

Avis **des médecins généralistes** : ils qualifient le dispositif présenté de « *Cosmétique, c'est pas du vrai* » et disent avoir l'impression qu' « *On essaye de faire entrer au forceps des outils technologiques qui vont remplacer des outils qui fonctionnent bien, mais [qu'] il n'y a aucun apport* ». Cependant, les médecins expriment un certain intérêt pour cet outil bien qu'ils le trouvent incomplet.

Avis **des psychiatres** : les avis convergent vers l'utilité du dispositif présenté. Les psychiatres apprécient notamment sa « *disponibilité à tous* », sa « *gratuité* » et le fait qu'il **assure une interaction avec le thérapeute**, en particulier lorsque les patients ne peuvent pas avoir accès à une consultation médicale du fait de trop grandes distances géographiques.

Avis **des psychologues** : tous les psychologues considèrent que c'est un bon outil de seconde intention mais qu'en première intention, le patient est trop vite autonomisé et risque donc de sortir du parcours de soin se sentant abandonné et pas suffisamment accompagné. Cependant, tous les participants sont convaincus de l'empowerment que l'outil apporte au patient. Cela dit, la plupart des psychologues pensent que cela peut nuire au lien thérapeutique.

Avis **des infirmiers** : le dispositif est vu positivement par tous les participants. Certains infirmiers l'utilisent dans leur pratique professionnelle (« *C'est un outil qui fonctionne bien, nous avons des retours positifs des patients qui l'ont utilisé* »). D'autres le découvrent avec la vidéo (« *ça m'a donné envie de me renseigner en tant que soignant et citoyen* »). Le fait que l'outil « **comble les vides** » **entre les consultations avec un professionnel** est apprécié (« *Ça permet un accompagnement tous les jours.*») tout comme le fait qu'il **favorise l'autonomie et l'empowerment du patient** (« *Ça fait émerger d'autres ressources chez l'utilisateur, des moyens autres pour résoudre ses problèmes ; ce n'est pas le médicament qui va faire à sa place, c'est lui qui va travailler pour aller mieux* »).

Globalement concernant les professionnels, tous y voient des avantages, en tant que pratique « guidée » et en supplément d'une relation thérapeutique classique. Les médecins généralistes semblent les plus réticents.

Continuons par **les avis des possibles usagers des e-thérapies :**

Avis **des représentants des usagers** : ils trouvent l'outil **utile et intéressant**, surtout pour les **patients isolés** qui s'ennuient et « *ont perdu le goût de parler, on peut les rattraper comme ça et les emmener vers un autre thérapeute* ». Toutefois le plus jeune trouve le procédé un peu **individualiste** (« *S'aider soi-même, j'aime pas* »), **regrette le fait que le site soit créé par un médecin et non par « quelqu'un qui a vécu la même chose »** et estime que : « *C'est de la technologie d'il y a plusieurs années* ».

Avis **des usagers** : l'ensemble du groupe des usagers n'apparaît pas convaincu par l'usage de cet outil. Un participant qui a pu en faire l'expérience ne le trouve **pas assez développé**. Un usager pense que les activités proposées par le site (relaxation et hypnose) devraient être plutôt pratiquées de visu par un professionnel. Un autre affirme qu'il s'agit d'un usage très limité, pour une population restreinte mais que « *ça peut les aider* ». L'outil est perçu comme « **un outil pour faire avancer mais qui ne peut pas remplacer le professionnel** ».

Avis du **grand public** : les personnes ont du mal à se représenter l'outil. Une personne trouve que le site peut avoir un intérêt entre deux consultations.

Globalement concernant les possibles usagers, l'accueil est encore moins favorable que pour les professionnels. On ressent la crainte de l'abandon des acteurs humains au profit des acteurs technologiques. Leur message est que la technologie ne doit pas remplacer le lien humain dans le contexte d'une grande souffrance psychique.

De cette étude ressort que la technologie ne peut pas remplacer le professionnel de santé mais constitue un complément, une aide, un accompagnement. Tous insistent sur la nécessité qu'elle soit **placée au service et sous l'autorité médicale** : « *retirer l'humain, c'est compliqué ; les outils numériques doivent juste accompagner les médecins, les patients, et ne pas remplacer la médecine, surtout en santé mentale* ».

### 1.1.5 La communauté et les principes de la santé communautaire.

Une communauté est un groupe d'individus qui vivent ensemble dans des conditions spécifiques d'organisation et de cohésion sociales. Ses membres sont liés à des degrés variables par des caractéristiques politiques, économiques, sociales et culturelles communes.

Une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non. Les démarches communautaires en santé tentent donc de comprendre les problèmes de santé de territoire avec l'ensemble des acteurs concernés, à savoir ceux qui y travaillent (les professionnels), ceux qui y militent (les élus, les associations) et ceux qui y vivent (les habitants).

La santé communautaire est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de la santé : réflexion sur les besoins, les priorités, la mise en place et l'évaluation des actions. La démarche communautaire vise à favoriser l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé. Elle s'inscrit dans un double mouvement : non seulement celui des professionnels de santé vers les habitants, mais également celui des habitants vers les organisations sanitaires.

Le Secrétariat Européen des Pratiques Communautaires en Santé (SEPSAC) a élaboré les principes des démarches communautaires en santé. Voici résumés ci-après les 8 principes de la santé communautaire. Les 3 premiers se réfèrent à la promotion de la santé, les 4 suivants à stratégie communautaire et le dernier à la méthodologie :

1 Avoir une approche globale et positive de la santé, c'est-à-dire intégrer les paramètres sanitaires, sociaux, économiques, environnementaux et culturels.

2 Agir sur les déterminants de la santé qui sont à la source des problèmes de santé (logement, éducation, emploi...)

3 Travailler en intersectorialité. Elle vise la participation de tous les acteurs concernés, favorisant les décloisonnements institutionnels et professionnels. Il faut veiller à définir et clarifier les rôles et places de chacun des acteurs.

4 Concerner une communauté (ayant un sentiment d'appartenance en commun). Elle peut se définir selon un espace géographique, ses caractéristiques, un intérêt commun ou une situation problématique commune.

5 Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction. La démarche favorise un contexte qui encourage l'implication de tous à chaque étape de la démarche. Cela garantit la légitimité de la démarche et la capacité d'agir des usagers.

6 Favoriser un contexte où il existe un partage des savoirs et des pouvoirs.

7 Mutualiser les ressources de la communauté. La démarche cherche à identifier, stimuler, mobiliser les ressources de chaque acteur en reconnaissant leur spécificité et leur complémentarité.

8 Avoir une démarche d'évaluation partagée, évolutive et permanente. L'action est accompagnée d'un processus d'évaluation basée sur un mode de concertation et de participation des intéressés.

## **2. Focus sur une expérience de création d'un site de e-thérapie par un secteur de psychiatrie adulte.**

### **2.1 Historique : création du programme TBPC : Thérapie basée sur la Pleine Conscience.**

#### **2.1.1 Une volonté première de créer un groupe de thérapie basée sur la méditation.**

En 2013, germe l'idée sur le secteur 59G07, service du Dr Lajugie, de mettre en place une thérapie de groupe basée sur la méditation, sur le modèle des programmes MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction = programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience) développée par John Kabat Zinn [25-26] ou MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapie = programme de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience) développée par Teasdale, Williams et Segal (27). Les preuves scientifiques concernant l'impact sur les récurrences dépressives de la MBCT sont particulièrement intéressantes [28]. Elle diminuerait de 34% le risque de rechute chez les patients ayant eu au moins 3 épisodes dépressifs [29]. En juillet 2015, une étude robuste conduite sur 2 ans a validé l'absence de différence entre l'anti-dépresseur de maintien et le programme MBCT seul, donc sans anti-dépresseur, en terme de rechute dépressive, chez les patients en rémission ayant subi au moins 3 dépressions [30].

L'objectif est qu'à terme, un binôme infirmier(e)s-psycho(logue ou motricienne) puisse animer ces groupes thérapeutiques au sein du CATTP (Centre D'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel). Un groupe de travail est donc constitué à cette fin, comprenant 2 praticiens hospitaliers psychiatres (les Drs Robert Jeanson et Christophe Versaevel), 2 infirmières (Mmes Christelle Cuvelier et Sophie Morais), une psychologue (Mme Amandine Andris) et une psychomotricienne (Mme Sophie Coutard). La participation au groupe s'est faite sur le principe du volontariat. Les professionnels concernés avaient tous un lien avec l'activité méditative (lectures, formation, pratique).

Globalement le programme construit est très ressemblant au programme MBCT. Cependant, en prenant en compte la perception du groupe, il apparaît important d'insister davantage sur le travail des « ressources » de la personne. Des modules spécifiques à base de psychologie positive, de thérapie d'acceptation et d'engagement et d'hypnose Ericksonienne sont installés dans le programme.

Pour faciliter la conduite de la thérapie de groupe par le binôme, pour chaque séance est créé un support explicatif en format « pdf » (le contenu pédagogique, les explications, la psychoéducation) et un texte de méditation guidée en format « mp3 ».

L'histoire aurait pu finir là et l'e-thérapie ne jamais voir le jour. Cependant, la réussite du programme nécessite également une pratique régulière au domicile entre les séances de thérapie en groupe. Nous nous sommes alors questionnés sur ce qui pourrait favoriser cette pratique au domicile. Il a d'abord été envisagé la distribution de livrets supports, de CD numériques ou de clés USB à chaque participant. Cependant, la sensibilité du groupe à l'écologie et au développement durable n'a pas permis de retenir cette solution. En nous basant sur nos expériences, notamment les bénéfices à écouter des enregistrements audio, accessibles et gratuits sur internet, nous avons exploré cette possibilité. Nous avons rencontré les services de la communication et informatique de l'EPSM (Établissement Public de Santé Mentale) Lille-Métropole d'Armentières qui nous ont accompagnés dans cette démarche. En quelques mois, le programme était disponible sur le site de l'hôpital [30]. En plus des 15 modules du programme (chaque module réunissant les explications en pdf et une méditation guidée en mp3), nous avons également installé des rubriques précisant les indications du programme, la façon de l'utiliser (la notice) et proposant des autoévaluations (ce qui permet à la personne de savoir où elle en est et comment elle s'améliore durant le programme).

Voici comment se présente la page d'accueil du programme :

<http://epsm-lille-metropole.fr/content/meditation-tbpc-g07>

## Programme de Thérapie Basée sur la Pleine Conscience élaboré par les docteurs Jeanson et Versaevel



Quand nous regardons la souffrance de près, nous voyons qu'elle ne vient pas que des situations ou des événements difficiles que nous vivons. La souffrance vient aussi de notre façon de réagir aux choses. Ce sont nos idées négatives et notre façon de prendre pour vraies ces idées négatives qui nous font souffrir. Ce programme de thérapie va m'apprendre à identifier et à prendre de la distance avec mes pensées, en pratiquant la méditation de pleine conscience. Ce programme est proposé gratuitement dans le cadre du service public. L'objectif est qu'il puisse être diffusé largement afin d'aider le plus de personnes possibles. Cependant, ce programme ne doit pas être débuté, sans avis médical, dans les situations suivantes : dépression sévère (score > à 16 à l'échelle de dépression dans le « Volet évaluation »), présence de souvenirs psychotraumatiques (rencontre avec l'idée de sa propre mort ou vécu majeur d'impuissance), psychose (perte de contact avec la réalité) et idées suicidaires envahissantes.

Si je veux des détails sur l'utilité de ce programme, je peux lire « à quoi sert ce programme ? » Dans la rubrique « Informations médicales et sources » sont détaillées les bases scientifiques et théoriques, les indications et contre indications. Si je veux réaliser ce programme, je lis la « notice d'utilisation », puis le pdf de la première séance. Bon rétablissement !

**Vous pouvez enregistrer les documents pdf et mp3,**

**Pour nous poser une question ou nous adresser vos commentaires, [cliquez ici](#)**

**A quoi sert le programme ?**

[Télécharger le pdf](#)

**Notice d'utilisation**

[Télécharger le pdf](#)

**Informations médicales et sources**

[Télécharger le pdf](#)

**Volet évaluation**

[Télécharger le pdf](#)

Chose importante, le programme a donc été conçu au départ dans une pratique d'e-thérapies guidées, en complément des thérapies de groupe conduites dans le cadre du CATTP. Assez rapidement, nous avons également encouragé les usagers à utiliser le programme, en complément des autres soins et accompagnement de secteur. Devant l'accueil favorable de nos usagers, nous avons également communiqué auprès de nos collègues de la région afin qu'ils puissent proposer à leur tour ce programme d'e-thérapie aux usagers de leurs dispositifs.

Sur demande de nos collègues soignants de la **clinique FONTAN 2** (Unité d'Addictologie du CHRU de Lille, Professeur Olivier Cottencin), du **CMP de Pont-à-Marcq** et **l'Association Septentrionale de Thérapie Émotionnelle, Cognitive et Comportementale** (ASTECC), l'outil leur a également été présenté.

Puisque le programme est référencé sur les moteurs de recherche (open source), rien n'empêche les personnes possédant internet de réaliser le programme seul (en self-help total) s'ils le souhaitent. En effet, le programme a été réalisé dans l'état d'esprit d'un service public : gratuit, le plus facilement accessible et pour tous (la condition est néanmoins d'avoir accès à internet).

Le 20 mars 2014, une page entière est consacrée à l'explication de ce dispositif dans la rubrique locale du journal « **La Voix du Nord** » avec le titre : « *Méditer sur le Net avec le programme « self help » de psychiatres de l'EPSM* » [32]. Par la suite, un reportage a aussi évoqué le dispositif en interviewant les usagers de la structure dans une édition régionale de **BFMTV**.

L'outil a également été présenté au grand public à la médiathèque de Tourcoing en 2016, lors de rencontres organisées par l'association **ARGOS 2001** en 2016, association d'usagers souffrant de troubles bipolaires. Notre dispositif a été porté à la connaissance de cette association par la médiatrice de santé pair qui travaillait dans notre service. D'autres présentations aux usagers et au grand public ont été organisées : à la médiathèque d'Armentières lors de la SISM (Semaines d'Information en Santé Mentale) et au « Temps des Loisirs » à Wavrin en 2017.

Voici comment, en voulant au départ mettre en place une thérapie de groupe inspirée de MBCT, cela débouche au final sur la réalisation d'un programme d'e-thérapie, dont la pratique s'effectue de façon guidée par un thérapeute (self-help guidé) ou pas (self-help total).

En soutien de ce site a été créé un groupe Facebook où les utilisateurs de ce programme reçoivent régulièrement de l'information sur la méditation et peuvent échanger entre eux.

### 2.1.2 Les développements issus de la création du premier programme.

La satisfaction pour les professionnels à accompagner les usagers avec cet outil d'e-thérapie a nourri d'autres développements.

Le Dr Jeanson a créé un site de sa propre initiative. Tout comme le premier programme, il est également accessible par tous. Il s'agit du site « **saidersoimêmeG07** » [33]. Il s'agit d'explications sur la santé mentale avec une offre d'outils permettant un mieux-être avec notamment un programme à réaliser sur 28 jours. C'est ce dispositif qui a fait l'objet d'une évaluation dans le projet EQUIME évoqué précédemment.

En 2018, dans le cadre d'un groupement hospitalier, l'EPSM Val de Lys Artois de Saint Venant, face à des problèmes de démographie médicale, sollicite l'EPSM Lille-Métropole d'Armentières. Il est proposé au Dr Versaevel, en raison de son expérience dans la création de groupes thérapeutiques, d'intégrer à raison d'une journée par semaine le centre de psychothérapie de Béthune (CMP, CATTP et hôpital de jour), afin d'y mettre en place des thérapies de groupe à destination d'usagers souffrant de stress, d'anxiété et de dépression. Dans ce cadre, il est alors décidé de remodeler le programme TBPC en prenant en compte l'expérience acquise et les retours des usagers de ce programme depuis le commencement.

Le programme « **Mieux vivre avec le stress et l'anxiété** » est lancé [34]. Compte tenu des retours des usagers, il est prévu de faire un programme plus simple et davantage axé sur la gestion du stress et de l'anxiété plutôt que sur les rechutes dépressives. Il s'inscrit dans une dimension plus préventive. Le programme est plus court : 11 séances à la place de 15. Le contenu pédagogique est davantage étudié avec une iconographie et des schémas explicatifs. Aussi, le programme débute par l'apprentissage de techniques simples de relaxation avant la pratique d'exercices de méditation.

Pour augmenter l'engagement des personnes dans cette e-thérapie, nous avons demandé aux services informatiques de l'EPSM Lille-métropole de pouvoir envoyer régulièrement des mails d'encouragement ou des exercices de validation des modules aux personnes demandeuses. Malheureusement, les fonctionnalités de nos installations informatiques ne le permettent pas.

Les indications du programme sont recentrées sur les troubles anxieux : le trouble anxieux généralisé, le trouble panique et un vécu difficile des situations de stress.

La réalisation de ce programme lors de 2 sessions sur l'année 2018-19 a aussi permis de modifier certains aspects en collaboration avec les usagers et les infirmiers co-animant le groupe. Le programme a donc été testé en self-help guidé en complément d'une thérapie de groupe en 11 séances, sur 16 personnes. Il a donné une entière satisfaction aux soignants comme aux usagers, comme en témoigne leur vécu (recueilli lors d'un reportage pour la Web TV de l'EPSM Lille-Métropole : Émission n°11 de juillet 2019. Rubrique Solidarité médicale GHT Psychiatrie 59/62 [35]) et la diminution conséquente des scores d'anxiété et de dépression.

www.epsm-lille-metropole.fr/content/programme-de-therapie

Accueil Liens Nous contacter

Présentation Actualités Offre de soins Info, recherche, dispositifs

**Programme de thérapie en self-help : Mieux vivre avec le stress et l'anxiété.**  
 Réalisé par le Dr Versaevel et les équipes soignantes des services du Dr Lajugie (Centre Erasme d'Armentières) et du Dr Verlhac (EPSM de Saint venant)

L'anxiété et le stress touchent tout le monde. Mais il y a le « normal » et le « excessif ». En France, les personnes souffrant d'anxiété « excessive », c'est-à-dire souffrant d'un trouble anxieux, représentent une personne sur cinq. Une infime partie d'entre elles demandent des soins. Pourtant, les conséquences des troubles anxieux peuvent être importantes : souffrance, dégradation de la qualité de vie, tensions relationnelles, dépression, addictions, mauvaise santé physique.

Ce programme est une thérapie en « self-help », c'est-à-dire à réaliser soi-même. Il est destiné aux personnes qui veulent faire le point sur leur anxiété et commencer à mieux vivre avec, sans pour autant consulter un professionnel. L'ambition est de proposer un soin efficace, conforme aux données scientifiques récentes.

Ce programme est proposé gratuitement dans le cadre du service public. L'objectif est qu'il puisse être diffusé largement afin d'aider le plus de personnes possibles. Tous les soignants qui le souhaitent peuvent l'utiliser avec les usagers. Nous demandons simplement de citer la référence à ce programme dans ce cas.

Ce programme a été conçu pour :

- Mieux vivre les périodes de stress

Retrouvez-nous sur

Ce programme a été mis en ligne et inauguré dans le cadre de la SISM 2019, dont le thème était « la santé mentale à l'ère du numérique ». Il a fait l'objet pour cet événement d'une présentation au grand public lors d'une journée « portes ouvertes » au CMP d'Armentières « Erasme » le 20 mars 2019.



Il a été présenté aux équipes médicales des secteurs de Calais (Secteur public et clinique privée du Virval) et de Boulogne. Un projet de présentation aux psychiatres d'Arras est en cours.

Un nouveau programme visant la gestion des émotions est en cours de réalisation : « *Mieux vivre avec les émotions.* » Il devrait être disponible courant 2020 sur le site de l'EPSM Lille Métropole.

## 2.2 Éléments d'évaluation du premier programme.

### 2.2.1 Mémoire pour le DES de psychiatrie du Dr Culem soutenu en septembre 2015 « Efficacité d'une thérapie cognitive basée sur la pleine conscience en self-help ».

L'objectif de cette étude était d'évaluer la plus value pour les usagers du CMP d'Armentières de suivre le programme TBPC en plus des soins habituels, c'est-à-dire en self-help guidé. Une méthode retrospective et comparative à 2 bras a été conduite afin d'évaluer l'efficacité d'un programme MBCT en self-help guidé par rapport au traitement habituel sur la souffrance psychique globale, la dépression, la dépendance affective et l'estime de soi.

Dans le premier bras, il est demandé à 89 patients de suivre le programme self-help. Parmi eux, il y en a 24 pour lesquels l'évaluation initiale n'a pas été recueillie, les 65 autres l'ayant remplie. Au final, 44 patients ont rempli l'évaluation finale et ont pu être inclus dans les analyses.

Dans un second bras sont inclus 19 patients, ce qui représente le bras contrôle. Il s'agit de patients qui ont bénéficié de la même évaluation initiale dans le but de réaliser la thérapie en groupe ou en self help, mais qui n'ont pas pu la réaliser pour des raisons indépendantes de leur volonté (plus de place dans le groupe ou pas d'accès à internet).

Une analyse descriptive et analytique a été réalisée avec le logiciel SPSS. Résultats : une amélioration significative des scores des cinq critères d'évaluation a été notée : souffrance psychique globale (sur une échelle de Lickert) ( $t(61) = 5,194$ ,  $d = 2,118$ ) 0,408 [1,303-2,934]), dépression sur l'échelle BDI 13 items de Beck ( $t(61) = 4,493$ ,  $d = 3,641$ ) 0,810 [2,015-5,267]), dépendance affective sur l'échelle de Tyrer ( $t(61) = 5,082$ ,  $d = 2,594$ ) 0,511 [1,572-3,617]), estime de soi sur l'échelle de Rosenberg ( $t(61) = 7,307$ ,  $d = 4,177$ ) 0,572 [3,034-5,320]) avec  $p = 0,000$  pour toutes les variables.

Il faut noter que globalement les deux groupes s'améliorent sur les différentes variables, même si l'effet est plus important dans le groupe suivant l'e-thérapie guidée. Il y a cependant une variable qui attire l'attention, c'est la dépendance affective. En effet, cette variable reste stable dans le groupe « témoin » et diminue dans le groupe « self-help » guidé. Cela laisse penser que les patients suivant une e-thérapie en self-help s'autonomisent davantage par rapport à autrui. C'est un élément très encourageant quand on mesure l'importance de la dimension « dépendance à autrui » dans la psychopathologie [36]. La pratique des e-thérapies a donc une grande place à côté des autres psychothérapies des personnes souffrant de dépendance interpersonnelle dysfonctionnelle [37]. L'e-thérapie développe l'autonomie psychique, la capacité d'agir, et l'empowerment des usagers.

En conclusion, la MBCT en self-help guidé, en plus du suivi habituel, est bénéfique pour les patients fréquentant le CMP.

### **2.2.2 Fréquentation du site TBPC.**

Lors de la mise en ligne du programme en 2013, la fréquentation a augmenté régulièrement durant 2 ans, pour se stabiliser aux alentours de 2000 visites par mois.

Courant le mois de mai 2019, 5909 personnes ont utilisé le site de l'EPSM Lille Métropole. 3064 via un ordinateur (51%), 2627 via leur téléphone mobile (45%) et 247 via une tablette (4%). Sur l'ensemble de ces personnes :

-2347 personnes ont consulté la page « TBPC » (40%)

-393 la page « mieux vivre avec le stress et l'anxiété ». (7%)

Concernant le Groupe Facebook de soutien à TBPC, il recense 300 visites par mois en moyenne en 2019. Lors de la promotion du nouveau programme « Mieux vivre avec le stress et l'anxiété », il est apparu un pic avec 1600 visites et 240 partages.

### 2.2.3 Retours des utilisateurs.

Dans cette rubrique seront délivrés les retours des utilisateurs du programme via la boîte mail prévue à cet effet. Les témoignages ont été anonymisés. Notons qu'une réponse a été apportée à chaque question posée.

#### 2.2.3.1 Retours des utilisateurs en self-help guidé.

##### De l'amélioration.

Marjorie : « *Bonjour. Je viens de terminer le programme tbpc. Je l'ai effectué en entier. On est le 7 juillet... Je voulais communiquer mes résultats : MAAS 56 au lieu de 32, Santé psychique globale 4 /10 au lieu de 8, Score dépression 8/39 au lieu de 23, Estime de soi 29/40 au lieu de 24, Rapport au corps 3/10 au lieu de 6, Dépendance 14/24 au lieu de 22*

*Il y a eu une bonne progression et je me sens de mieux en mieux... Et je comprends de plus en plus de choses à mon sujet. Mais je sens que tout cela est fragile et que les 4 dernières séances sont très utiles pour éviter une rechute.... Je continue donc à faire les exercices... »*

##### De l'amélioration mais aussi des difficultés à réaliser certains modules.

Hélène : « *J'ai suivi le programme. Je l'ai d'abord trouvé seule puis je m'y suis vraiment mise grâce aux encouragements de l'interne en psychiatrie qui me suit. En très peu de temps, j'ai réussi à être plus dans le présent, à ressentir plus, à abandonner les ruminations qui me prenaient beaucoup de temps. Parfois, maintenant, je ressens même des instants de bonheur. Je ne sais pas depuis combien de temps ça ne m'était pas arrivé. Je ne savais pas que le programme m'emmènerait jusque-là. »*

En conclusion, les utilisateurs du programme TBPC en self-help guidé envoient des retours très positifs, ce qui corrobore les autres évaluations du dispositif.

### 2.2.3.2 Retours des utilisateurs en self-help total.

#### De l'amélioration.

Maud : « J'ai découvert par hasard votre programme sur internet depuis 2 mois. Cela fait longtemps que je cherchais une solution à mes coups de cafard réguliers. En deux mois, l'impact du programme sur ma vie est considérable, je me sens plus calme, plus « détachée » et j'ai l'impression d'intégrer une nouvelle façon de vivre. »

Cathy : « Merci pour avoir mis en ligne ce programme. Après avoir suivi une formation mbsr, cela m'a permis de renforcer le travail par moi-même et d'y revenir régulièrement. Étant cataloguée bipolaire je pense avoir besoin très souvent de l'aide de ce programme. »

Philippe : « Merci pour la mise à disposition de votre programme bien construit et très compréhensible. Il correspond exactement à ce que je recherchais à savoir une approche dénouée de toutes croyances et applicable au quotidien. Je suis à la moitié du programme et celui-ci m'a déjà permis de comprendre les mécanismes de ma souffrance. De plus je me suis rendu compte que je n'étais souvent pas pleinement présent et pourquoi. Reste maintenant à progresser comme lorsque l'on pratique un nouveau sport. »

#### Réorientation vers les soins et peur de la rencontre avec un thérapeute.

Audrey : « Bonjour, j'ai un trouble de la personnalité limite borderline. J'ai hésité entre sos amitié, les urgences psychiatriques de Sainte-Anne et d'autres choix moins optimistes pour arrêter un instant la détresse interne que je ressentais. Depuis un certain temps j'entends parler des bienfaits de la méditation sans arriver à me lancer ou me représenter de quoi il s'agit. Grâce à vous j'y parviens enfin. Avoir enfin la possibilité sans avoir à s'engager, d'essayer là et maintenant cette expérience. J'ai avancé et maintenant je crois que je peux enfin m'engager avec une thérapeute. J'ai moins peur. »

Mohamed : « Avant toute chose je trouve que ce programme est une merveille. J'ai lu que votre programme mentionnait le fait qu'il ne pouvait être débuté dans les troubles post-traumatiques. On est très vite emporté et c'est tellement pénible qu'on ne veut pas le revivre. On réprime l'émotion comme la peur ou l'angoisse, alors on évite ces situations où l'on a rencontré cette émotion. Alors que me conseillez-vous de faire dans ce cas ? »

### Besoin de plus de guidance.

Frédérique : « *J'ai commencé votre programme depuis le mois de mai dernier. En sus de ma thérapie (basée sur l'EMDR) je remarque que la méthode que vous proposez m'aide réellement à me détacher de mes angoisses (même si rien n'est réglé, il y a une nette amélioration) et à me concentrer sur le présent. Je commence la séance 11 de votre programme et me pose une question... Comment méditer 45 minutes sans enregistrement ? Je vous avoue que je m'en sens incapable et le programme ne m'a appris que peu de fois à méditer sans enregistrement (peu de fois et de courte durée).* »

Aurélie : « *Je voudrais savoir s'il est indispensable de rester une semaine sur le même exercice et à quelle fréquence il est préférable de méditer ? Une fois par jour suffit-il ? Car seulement 5/10 min par jour ne correspondent pas aux 2h30 par semaine recommandées. »* »

Gilbert : « *Je tiens à vous remercier énormément pour votre programme, il est parfait clair et détaillé ... Cependant j'ai un souci. Je n'y arrive pas à observer mes pensées. Je ne comprends pas s'il s'agit de faire une visualisation et d'imaginer mes pensées comme étant des nuages ... Mais comment peut-on regarder des pensées ? Comme des écrits, des voix ? Je ne comprends pas. »* »

Thérèse : « *J'ai rencontré une difficulté notable au cours du programme, c'est la boussole de vie. J'ai trouvé très difficile de la remplir seule. »* »

### Besoin de personnalisation.

Fabien : « *Je suis assidu au programme tbpc. Comment reconnaître les docteurs Jeanson et Versaevel ? Qui porte des lunettes ? Les résultats que j'observe pour l'instant chez moi sont une attention nouvelle : je viens de découvrir par exemple un tableau au mur chez mes parents que je n'avais jamais remarqué. »* »

En conclusion, il peut être relevé plusieurs éléments de ces retours. Même s'il est vrai que la pratique du self-help total est difficile et que la grande majorité des usagers ne vont pas au bout, il existe quand même certaines personnes pour qui l'expérience semble bénéfique. Certains retrouvent le chemin du rétablissement. Les témoignages démontrent que l'outil sert parfois de bouée de sauvetage, permet de retrouver espoir dans des soins et peut aider à prendre conscience de ses problèmes. Les retours montrent également en quoi l'aspect « guidé » peut être important quand on liste les questions que se posent les usagers en self-help total. La dernière remarque de

Fabien montre à quel point le fait de pouvoir se représenter l'aidant, telle une image de base de sécurité, a de l'importance. Même si la pratique des e-thérapies en self-help total peut s'envisager parfois, le lien humain qui sécurise et permet plus facilement le transfert de compétences semble incontournable en santé mentale.

### 3 Les e-thérapies peuvent-elles répondre aux difficultés d'accès aux psychothérapies en France ?

#### 3.1 Un enjeu important de santé publique.

Les psychothérapies sont indiquées pour la majorité des troubles psychiques. Quand on sait que les troubles psychiques vont toucher 20 à 25% de la population [2], la réflexion sur l'accès aux psychothérapies est un enjeu capital en santé publique. D'autant plus que l'on sait que plus les personnes vont consulter tôt, moins il y aura de conséquences à terme. Par exemple, le traitement d'une anxiété réduira le risque d'addiction ou de dépression.

Nous sommes entrés dans un environnement numérique où 9 Français sur 10 ont accès à internet. Les e-thérapies se développent. Nous avons identifié les freins d'accès aux psychothérapies classiques. Les e-thérapies peuvent-elles lever ces freins ?

Tout d'abord, **les e-thérapies en self-help total** ne peuvent certainement pas faciliter l'accès aux psychothérapies en France. D'abord parce qu'il y a trop peu d'utilisateurs allant au bout de ces programmes. Ensuite, les professionnels, ainsi que les usagers n'y sont pas actuellement favorables d'après l'étude EQUIME [24]. La relation humaine est irremplaçable.

Envisageons donc la question suivante : **les e-thérapies guidées peuvent-elles répondre aux difficultés d'accès aux psychothérapies en France ?**

La réponse est affirmative sur bien des aspects. En étant tout aussi efficaces que les thérapies en face à face, nous avons détaillé les intérêts d'une pratique en self-help guidée [21-22]. Dans le détail, comment ces e-thérapies peuvent-elles aider l'accès aux psychothérapies dans le système de soins français ? Quelles conditions seraient favorables pour leur déploiement à grande échelle ?

#### 3.2 Thérapeutes libéraux en cabinet, e-thérapeutes et thérapeutes du CMP.

Concernant les **psychothérapeutes libéraux en cabinet** :

Si ces derniers proposent aux personnes de suivre un programme de self-help guidé, cela pourra avoir comme effet de réduire le nombre de séances nécessaires en accélérant le rétablissement. Il est alors possible qu'ils puissent suivre un nombre plus important de personnes. Cependant, le coût de la consultation restera à la charge du patient, ce qui reste l'obstacle le plus important à l'accès aux psychothérapies. En espérant que l'expérience du remboursement de 10

actes de psychothérapie par la Sécurité Sociale puisse se généraliser. Cependant, si la rémunération de ces professionnels reste liée à uniquement à l'acte, il n'est pas dans leur intérêt de développer les soins en dehors de leur cabinet. La solution serait que ces thérapeutes touchent une participation lorsque « leurs patients » utilisent certaine e-thérapies.

Concernant l'offre en **thérapeutes libéraux sur internet** (type Doctoconsult/Doctopsy) : L'accès aux psychothérapies se trouve facilitée. Sur un site de e-consultations (visio-consultation), il est écrit : « Diminuez votre délai d'attente pour obtenir une consultation sans vous déplacer ». Effectivement, la e-consultation favorise l'accès aux soins en déstigmatisant le rapport au psychiatre, en rendant possible le suivi dans les zones dépourvues de « psy », en réduisant la peur de l'intimité de la rencontre avec un inconnu et les délais d'attente. Les personnes ressentent un rapport plus équilibré dans la relation aidant-aidé à travers le média numérique. Il n'est pas question d'attendre en salle d'attente et de s'asseoir en face du bureau d'un inconnu intimidant. Pour l'usager, la promesse d'avoir rapidement une personne qui peut soulager sa souffrance, en restant chez soi, est appréciée. Il n'est nul doute qu'à l'avenir, les visio-consultations vont prendre une ampleur conséquente. La psychiatrie est la seule spécialité médicale qui se base presque uniquement sur le comportement du patient, son activité psychomotrice et son discours. Plus que dans d'autres spécialités médicales, la e-consultation a toute sa légitimité.

Pour faire le lien avec notre sujet, il serait très avantageux sur le plan de la santé publique, que ces e-thérapeutes accompagnent les usagers dans des programmes de e-thérapies. A priori s'ils consultent de cette façon, ils ne sont pas réticents aux nouvelles technologies. Mais là aussi pour les motiver, il faudrait qu'ils soient financièrement intéressés à l'utilisation des programmes d'e-thérapies par leurs « patients » ou particulièrement persuadés des avantages des e-thérapies. De cette façon, le e-thérapeutes pourraient suivre 4 fois plus de personnes dans leur file active. Dans le cas contraire, ils réaliseront des thérapies traditionnelles à distance et suivront moins de personnes.

Concernant le **service public et plus précisément dans les CMP** : ici aussi, la systématisation de la pratique des e-thérapies guidées pourrait radicalement changer la configuration des soins. En effet, puisque cette pratique permettrait aux psychologues et autres thérapeutes qui y travaillent de suivre 4 fois plus de patients [22], cela favoriserait

considérablement l'accès aux psychothérapies dans le secteur public. Cela pourrait répondre à la problématique récurrente des listes d'attente dans ces structures. Il serait aussi possible de dégager plus de temps pour les personnes qui nécessitent du soutien relationnel, pour qui la e-thérapie n'est pas indiquée (psychose), ni souhaitée ou qui souffrent d'une exclusion numérique (pas d'accès à internet).

Concernant le service 59G07 qui a utilisé la e-thérapie guidée avec ses usagers, nous avons constaté en 2015 une évolution des soins au CMP. Jusqu'en 2014, on observe une augmentation du nombre d'actes en parallèle de l'augmentation de la file active. Puis en 2015, on observe que la file active augmente de 2 %, alors que dans le même temps le nombre d'actes baisse de 8 %. L'hypothèse est qu'avec l'aide de l'e-thérapie, il est possible de soigner davantage de personnes et de prendre davantage le temps du soin avec les personnes qui le nécessitent. Le travail « en face à face » peut être plus quantitatif s'il le nécessite.

Aussi, les e-thérapies favorisant davantage les capacités d'autogestion et d'auto-soin chez les personnes, cela permettrait aussi de réduire le nombre de personnes ayant besoin de faire appel à un psychothérapeute à l'avenir. Ce qui est également le cas si l'amélioration de l'accès aux soins permet de suivre les personnes avant que les troubles ne se compliquent ou s'aggravent. Notons que ces programmes favorisent également l'éducation thérapeutique, l'autoévaluation et la réorientation vers les soins en cas de nécessité. Nous voyons ici que les multiples conséquences liées à l'utilisation des e-thérapies peuvent s'agencer en cercle vertueux.

**Les psychiatres de secteur devraient également pouvoir consulter gratuitement en e-consultations.** Ce serait l'occasion d'assurer la continuité et la fluidité de l'offre de soins dans certaines conditions. Par exemple lorsque le patient a besoin de soins psychiques et ne peut se déplacer (handicap physique ou agoraphobie) ou lorsqu'une infirmière en intervention au domicile d'un patient pense que ce dernier nécessite une réévaluation urgente ou une modification du traitement. De ce fait, l'évaluation médicale est facilitée, précoce et évite désagréments et frais de transport.

Que les e-thérapies soient guidées par les thérapeutes libéraux (en cabinet ou lors de e-consultations) ou par les thérapeutes du service public (en CMP, voire en e-consultations également), elles lèvent les freins d'accès à la psychothérapie, en contournant les problématiques

liées au nombre de thérapeutes, au coût, aux inégalités territoriales, à la stigmatisation des soins, aux délais d'attente et à la peur de la rencontre « en face à face ».

### 3.3 Conditions d'un déploiement optimal des e-thérapies.

Tout d'abord les représentations des professionnels et des usagers posent problème. En effet, en décalage de l'évaluation scientifique, les professionnels et les usagers ont une vision assez peu enthousiaste de ces dispositifs. Il y a une peur du délitement du lien humain des soins. Même si les mentalités peuvent rapidement évoluer, il faudra mener des actions pour rassurer les professionnels et les usagers sur le fait que :

- Le self-help a des avantages que la relation en face à face n'a pas (Il favorise l'empowerment par exemple)
- Le programme est guidé, donc au service de la relation soignant-soigné.

Aussi, l'offre en matière d'applications et de programmes n'est pas lisible. Il n'y a pas de « VIDAL » des e-thérapies. C'est comme si « tout le monde pouvait délivrer des médicaments ». Cela donne donc une image de gadget, voire une mauvaise image de ces dispositifs. C'est ce que l'on peut interpréter de l'avis des médecins généralistes dans l'étude EQUIME : « *C'est cosmétique, c'est pas du vrai* ».

Il faudra donc poursuivre sur les traces de l'étude e-MEN, le développement d'applications « labellisées » par les instances européennes et françaises. L'idéal serait ensuite que **la recherche scientifique puisse nous dire quel programme d'e-thérapie conseiller**, en fonction de telle ou telle indication. Ce qui se traduirait ensuite dans les recommandations professionnelles (de type HAS). Ces travaux et la communication stratégique de ces derniers auprès des professionnels et des usagers devront avoir pour objectifs :

- De faire connaître l'e-thérapie.
- De donner à l'e-thérapie la caution d'efficacité qu'elle mérite,
- Que les professionnels encouragent leur utilisation et les « prescrivent »,
- Que les usagers les utilisent.

Une stratégie davantage ciblée sur la médecine générale (les plus réticents), serait pertinente.

Dans le cadre de ces politiques, un dispositif de labellisation devrait se mettre en place sous la tutelle de l'Etat afin de sécuriser l'utilisation de ces e-thérapies. Actuellement, rien ne semble protéger les usagers de la collecte de leurs données. En effet, rappelons les questions à se poser devant tout outil d'e-santé mentale [16] : **Qui propose l'outil ? Qui finance l'outil ? L'outil est-il sécurisé ?** La politique de confidentialité du développeur doit détailler les mesures de protection des données personnelles. **L'outil est-il pertinent ?** L'outil a-t-il été évalué scientifiquement ? L'outil est-il développé dans une démarche participative, avec ou par des personnes concernées par la problématique ? **L'outil est-il labellisé, certifié, et par qui ?**

Posons-nous par exemple ces questions pour le programme TBPC :

**Qui propose l'outil ?** Il a été développé par une équipe de thérapeutes en s'appuyant sur la médecine basée sur les preuves. Le site est hébergé sur le portail d'un hôpital public, il s'agit donc d'un service public.

**Qui finance l'outil ?** L'outil est gratuit pour les usagers. Le matériel (pdf et mp3) est aussi accessible et gratuit pour les équipes de soin qui voudraient l'utiliser. L'outil a été financé par les ressources techniques et humaines de l'hôpital public.

**L'outil est-il sécurisé ?** Il n'y a aucune demande de données concernant les utilisateurs. Il n'y a pas de traçabilité « identifiante » des personnes qui consultent le site. L'outil semble donc sécurisé.

**L'outil est-il pertinent ?**

-L'outil a-t-il été évalué scientifiquement ? Le programme d'origine (MBCT), a été évalué scientifiquement en thérapie de groupe et en self-help. Le programme TBPC a fait l'objet d'un mémoire qui conclut à son intérêt en pratique de self-help guidée sur les usagers d'un CMP.

-L'outil est-il développé dans une démarche participative, avec ou par des personnes concernées par la problématique ? Même si le programme a été créé sous l'impulsion des professionnels au départ, il a été modifié suite aux retours des patients durant les séances en groupe et lors des consultations (pour le self-help guidé). Par exemple, le programme débutait par un exercice de méditation centrée sur l'alimentation (exercice dit du « raisin sec »). Mais la séance a été reléguée au 8ème module car elle mettait en difficulté les personnes qui souffrent d'un trouble du comportement alimentaire. L'outil a également été présenté aux usagers et au grand public par différents médias (conférences, présentations, journaux, internet, facebook,

télévision...). Ce fut l'occasion d'échanges qui ont permis de faire évoluer l'outil. Le second programme « Mieux vivre avec le stress et l'anxiété » est l'aboutissement de ce cheminement. En effet, les personnes étaient en demande d'un outil plus simple, vulgarisant les concepts de stress et d'anxiété, et apprenant les techniques de relaxation avant les techniques méditatives.

**L'outil est-il labellisé, certifié, et par qui ?** L'outil n'est ni labellisé, ni certifié. En effet, actuellement en France, il n'existe aucune structure officielle évaluant et labellisant les sites et applications mobiles dédiés à la santé. Notons l'initiative de l'HAS (Haute Autorité de Santé, 2016) qui a abouti à la création d'un référentiel de bonnes pratiques sur les applications et les objets connectés en santé, qui référence des grilles d'évaluation de la santé mobile en France et à l'international. Hormis cette exception, ce secteur est donc un « marché ouvert et non régulé », dans lequel les développeurs n'ont aucune obligation de validation scientifique.

La question de la pertinence de l'outil ouvre sur la question de la participation des usagers à son développement, afin de prendre en compte, outre l'avis du professionnel, l'avis des personnes réellement concernées par son usage. C'est ici que la question de l'intégration des e-thérapies dans la santé communautaire apparaît.

#### 4 Comment les e-thérapies peuvent-elles s'inscrire dans la santé communautaire ?

Rappelons qu'une action de santé sera dite communautaire lorsqu'elle concerne une communauté qui reprend à son compte la problématique engagée, que celle-ci émane d'experts ou non. Les démarches communautaires en santé tentent donc de comprendre les problèmes de santé de territoire avec l'ensemble des acteurs concernés, à savoir ceux qui y travaillent (les professionnels), ceux qui y militent (les élus, les associations) et ceux qui y vivent (les habitants).

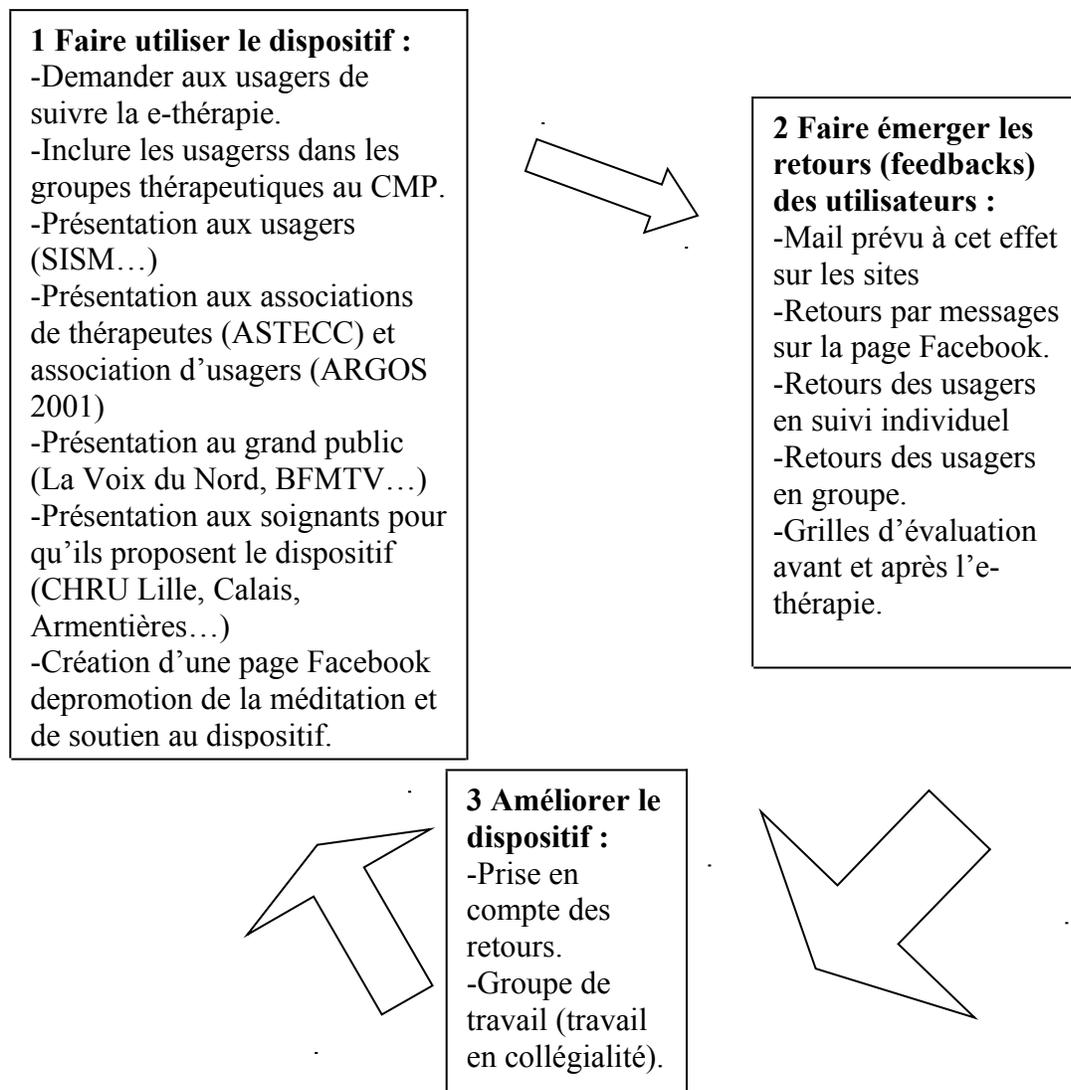
La santé communautaire est un domaine de la santé publique qui implique une réelle participation de la communauté à l'amélioration de la santé : réflexion sur les besoins, les priorités, la mise en place et l'évaluation des actions. La démarche communautaire vise à favoriser l'accès aux services et ressources qui favorisent la santé. Elle s'inscrit dans un double mouvement : non seulement celui des professionnels de santé vers les habitants, mais également celui des habitants vers les organisations sanitaires.

Plusieurs éléments tendent à intégrer les e-thérapies dans la santé communautaire. Nous avons précédemment cerné les difficultés d'accès à la psychothérapie en France en prenant en compte le point de vue du grand public et des usagers. En théorie donc, l'usage des e-thérapies peut remédier à une partie des freins à l'accès aux psychothérapies. Mais les usagers sont-ils « partant » pour utiliser ces dispositifs ? Dans quelles conditions et quel outil en particulier ? Nous allons détailler les éléments de santé communautaire qui peuvent être mis en évidence.

L'étude EQUPE. L'impulsion de cette étude vient du projet e-MEN. En effet, l'objectif de ce dernier est le développement de 5 dispositifs (2 concernant les troubles de l'humeur, 2 concernant l'anxiété et le dernier concernant l'état de stress post-traumatique), axés sur les besoins exprimés par des usagers. C'est en prenant en compte la carence des besoins exprimés par les usagers dans le projet e-MEN que l'étude EQUPE se déploie. L'apport de cette étude est de recueillir les attentes, mais aussi les représentations des professionnels, du grand public et des usagers. Globalement, les attentes des usagers sont que les e-thérapies soient réellement intégrées et au service de la relation thérapeutique. L'angoisse d'une aide numérique, désincarnée, voire d'un abandon est perceptible. Quant aux professionnels, ils expriment la même préoccupation et soulignent que le soutien et le savoir médical doivent rester dans la relation soignant-soigné. Les médecins généralistes apparaissent les plus frileux aux soins « dématérialisés ». En espérant que le projet e-MEN se développe actuellement en intégrant des usagers ou pairs-aidants.

La politique nationale d'intégration des médiateurs de santé / pairs aidants est aussi une opportunité pour le développement de la e-santé. En effet, l'utilisation des ressources qui favorisent l'empowerment et le rétablissement doivent être portée par eux. La sensibilisation à l'e-santé et à la e-thérapie devrait intégrer ce contenu à leur formation.

Concernant le projet TBPC. La réussite de ce projet tient probablement à son aspect communautaire. En effet, hormis l'impulsion des professionnels au départ, la collaboration avec les usagers a été recherchée pour améliorer le dispositif. L'objectif prioritaire est que l'outil soit facilement adopté et utilisé par les personnes. Trois axes stratégiques ont donc été utilisés :



L'évolution du dispositif, bien que conduite par les professionnels, est faite par et pour les usagers. L'action est accompagnée d'un processus d'évaluation basée sur un mode de concertation et de participation des intéressés. C'est viser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction. La démarche favorise un contexte qui encourage l'implication de tous à chaque étape de la démarche. Cela garantit la légitimité de la démarche et la capacité d'agir des usagers. Le savoir « savant » des soignants s'allie au savoir « expérientiel » des usagers.

## **5 Conclusion.**

L'e-thérapie est un outil qui permettrait de lever les nombreux freins d'accès à la psychothérapie en France. Une solution d'avenir serait de pouvoir accompagner les personnes en e-thérapie guidée par l'intermédiaire de e-consultations, à la fois dans le secteur privé et le secteur public.

Par contre, les e-thérapies en self-help total ne fonctionnent pas et sont rejetées. La peur, aussi bien pour les soignants et les usagers, est que le numérique remplace un jour la relation humaine.

Pour parvenir à déployer les e-thérapies guidées, les représentations des usagers et des professionnels doivent évoluer. Les politiques doivent sécuriser les usagers et les professionnels sur l'efficacité et la sécurité de ces nouveaux dispositifs de soins. Ces dispositifs doivent être secondaires et servir la relation soignant-soigné. Pour que l'usage des e-thérapies soit facilité, les usagers et les pairs-aidants médiateurs de santé devraient être impliqués à chaque étape de leur développement.

## 6 Bibliographie.

- [1] Source internet : <http://www.blogdumoderateur.com/chiffres-internet/>.
- [2] Enquête « Santé Mentale en Population Générale : images et réalités » (SMPG), menée depuis 1997 et consultable sur <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/sant%C3%A9-mentale-en-population-g%C3%A9n%C3%A9rale%C2%A0-images-et-r%C3%A9alit%C3%A9s-smpg>.
- [3] Source : institut Opinionway, sondage « les Français et la santé mentale » pour le compte de la MGEN en décembre 2014.
- [4] Enquête décennale de santé INSEE/DREES, 2003.
- [5] Versaevel C and al. Déterminer la position envers les soins psychiatriques avec le questionnaire TPC : un outil simple pour évaluer l’alliance et la motivation l’Encéphale vol 39 issue 4, septembre 2013 p 284-291.
- [6] Rapport Inserm 2004 : Psychothérapie : 3 approches évaluées. Synthèse sur <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/147>.
- [7] Sondage TNS Sofres réalisée pour Psychologies magazine en 2013.
- [8] Source : Fondation FondaMental, étude IPSOS 2009.
- [9] Vassiliou, La e-santé, pour une meilleure qualité des soins, la e-santé en Europe, Les dossiers européens, commission Européenne mai-juin 2009, N°17.
- [10] Source : Enquête IPSOS : les Français favorables à la labellisation des applications mobiles en santé, 2016.
- [11] Source : center for telepsychiatry [www.psykiatriensyddanmark.dk](http://www.psykiatriensyddanmark.dk).
- [12] Source : [www.mHealth-quality.eu](http://www.mHealth-quality.eu).
- [13] C. Peterson, C. Hamilton, and P. Hasvold, From Innovation to Implementation : EHealth in the WHO European Region WHO regional Office for Europe, 2016.
- [14] RUSKIN Paul, SILVER-AYLAIAN Michele, KLING Mitchel, REED Susan, BRADHAM Douglas, HEBEL Richard, BARRETT David, KNOWLES Frederick & HAUSER Peter (2004) “Treatment Outcomes in Depression : Comparison of Remote Treatment Through Telepsychiatry to In-Person Treatment”, *American Journal of Psychiatry*, 161 (8), pp. 1471-147.

- [15] KENWRIGHT Mark, LINESS Sheena and MARKS Isaac (2001). “Reducing Demands on Clinicians by Offering Computer-Aided Self-Help for Phobia/Panic. Feasibility Study”, *The British Journal of Psychiatry*, 179 (5), pp. 456-459.
- [16] Brochure psychom « Santé mentale et numérique » 2019. 11 Rue Cabanis 75674 Paris cedex 14. , Aude Caria (directrice, Psycom). Rédaction: Déborah Sebbane, Margot Morgiève, Julia Savalli et Céline Loubières.
- [17] ANDERSSON Gerhard, CUIJPERS Pim (2009). “Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis”, *Cognitive Behaviour Therapy*, 38 (4), pp. 196-205.
- [18] CUIJPERS Pim, DONKER Tara, VAN STRATEN Annemieke, ANDERSSON Gerhard (2010). “is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders ? A Meta-Analysis of Comparative Outcome Studies”, *Psychological Medicine*, 40, pp. 1943-1957.
- [19] BERGSTRÖM Jan, ANDERSSON Gerhard, LJÓTSSON Brjánn, RÜCK Christian, ANDRÉEWITCH Sergej, KARLSSON Andreas, CARLBRING Per, ANDERSSON Erik, LINDEFORS Nils (2010). “Internet- Versus Group-Administered Cognitive Behaviour Therapy for Panic Disorder in a Psychiatric Setting: A Randomised Trial”, *BMC Psychiatry*, 10, p. 54.
- [20] HEDMAN Erik, ANDERSSON Gerhard, LJÓTSSON Brjánn, ANDERSSON Erik, RÜCK Christian, MÖRTBERG Ewa, LINDEFORS Nils (2011a). ”Internet-Based Cognitive Behavior Therapy vs. Cognitive Behavioral Group Therapy for Social Anxiety Disorder: a Randomized Controlled Non-Inferiority Trial”, *PLoS One*, 6 (3), e18001.
- [21] Cavanagh K, Strauss C, Forder L, Jones F. Can mindfulness and acceptance be learnt by self-help?: A systematic review and meta-analysis of mindfulness and acceptance-based self-help interventions. *Clin Psychol Rev.* 2014 Mar;34(2):118–29.
- [22] Bergström J. Les nouvelles thérapies par Internet. *Rech En Sci Soc Sur Internet.* 2013.
- [23] Source Internet projet e-MEN: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=projet-europ%C3%A9en-e-sant%C3%A9-mentale>
- [24] Source Internet étude EQUME :  
[http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/Rapport\\_EQUME\\_Vlogos%20site%20web.pdf](http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/Rapport_EQUME_Vlogos%20site%20web.pdf)

- [25] Kabat-Zinn J. Au coeur de la tourmente la pleine conscience : MBSR, la réduction du stress basée sur la mindfulness: programme complet en 8 semaines. De Boeck. Bruxelles; 2009.
- [26] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to relapse prevention. New York: Guilford Press; 2002.
- [27] Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression, Second Edition. New-York: Guilford Press; 2012.
- [28] Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. Behav Res Ther. 2010 Aug;48(8):738–46.
- [29] Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. J Consult Clin Psychol. 2004 Feb;72(1):31–40.
- [30] Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? Behav Res Ther. 2010 Nov;48(11):1105–12.
- [31] Disponible sur : <http://www.epsm-lille-metropole.fr/content/meditation-tbpc-g07>.
- [32] Disponible sur : <http://www.lavoixdunord.fr/archive/recup%3A%252Fregion%252Farmentieres-mediter-sur-le-net-avec-le-programme-self-ia11b0n2002064>
- [33] Disponible sur : <http://saidersoimemeG07.com>.
- [34] Disponible sur : <http://www.epsm-lille-metropole.fr/content/programme-de-therapie-mieux-vivre-avec-stress-et-anxiété>.
- [35] Disponible sur : <http://www.epsm-lm.org/webtv/>
- [36] Versaevel C, Martin J-B, Lajugie C. Liens entre la dépression et la dépendance interpersonnelle : l'importance du locus de contrôle. L'Encéphale. Vol 43. N°3. Mai 2017. p 217-222.
- [37] Versaevel C. Personnalité dépendante et dépendance affective : stratégies psychothérapeutiques. L'Encéphale. 2012 Apr;38(2):170–8.

## **Résumé du mémoire :**

**Problématique :** 25 % de la population ont besoin d'une psychothérapie à un moment de leur vie. Pourtant, il y a des freins d'accès à la psychothérapie : le coût, la distance du lieu de consultation, la stigmatisation des lieux de soins en santé mentale, le nombre de thérapeutes, la crainte d'une inefficacité et la peur de la rencontre avec un inconnu. Le développement de la e-santé peut-il pallier cette problématique de santé publique ?

**Méthode :** La méthode de recherche combinera 3 approches : une revue de la littérature concernant l'efficacité des e-thérapies, une synthèse d'un travail sur les attentes et les représentations des usagers et des professionnels sur la e-santé par focus-groups (étude EQUIME) et les différentes évaluations d'une action d'e-thérapie d'une équipe de secteur.

## **Résultats :**

**Les e-thérapies peuvent-elles répondre aux difficultés d'accès aux psychothérapies en France ?** L'adjonction d'un suivi traditionnel via internet (e-consultations) et d'une thérapie guidée par ce biais semble résoudre de nombreux freins à la psychothérapie. Dans le secteur public, là encore l'usage à grande échelle des e-thérapies guidées, pourrait réduire significativement les délais de consultations. De plus l'amélioration des freins à la psychothérapie permettrait des suivis précoces, avant que les troubles se ne compliquent, ce qui réduirait à terme les consultations et le nombre de personnes nécessitant des soins. Les politiques doivent cependant travailler à promouvoir et à garantir la sécurité de ces dispositifs de soin.

**Comment ces e-thérapies peuvent-elles s'inscrire dans la santé communautaire ?** Que ce soit sur le plan européen (étude EQUIME et e-MEN), sur le plan national (intégration des usagers et des pairs-aidants médiateurs de santé dans la réflexion sur les projets) ou sur le plan local (co-construction avec les usagers pour faire évoluer le dispositif TBBC), la santé communautaire influence à différents niveaux le développement des e-thérapies.

**Conclusion :** Les e-thérapies représentent une voie d'avenir pour répondre au défi de santé publique que représente l'accès aux psychothérapies en France.

Mots-clés : santé communautaire / psychothérapie / e-santé mentale / thérapie par internet / e-thérapie.