

Les outils de communication modernes pour fournir des prestations de psychiatrie

Prise de position rédigée à la demande du comité de la FMPP

Rédacteur : Pr Thomas Berger, Université de Berne

Approuvée par le comité FMPP par voie circulaire le 17.07.2017

Sommaire

1. Introduction	2
2. Formes d'interventions basées sur internet	3
2.1. Définitions et désignations	3
2.1.1. internet en tant que support de communication et/ou d'information	4
2.1.2 Approches thérapeutiques	5
2.1.3 Combinaison avec les psychothérapies conventionnelles	6
3. Données probantes empiriques	6
3.1. Données probantes empiriques sur les programmes d'entraide guidée.....	7
3.2. Données probantes empiriques sur les programmes d'entraide non guidée.....	8
3.3 Caractéristiques des interventions efficaces basées sur internet	10
4. Avantages et inconvénients des interventions basées sur internet.....	10
4.1. Risques particuliers et critères de qualité des interventions basées sur internet	12
4.1.1. Protection des données	13
4.1.2. Prise en charge des patients qui traversent des situations de crise aiguës	16
4.1.3. Identité et qualification des prestataires.....	17
5. Questions juridiques.....	19
5.1. Droit professionnel.....	19
5.2. Droit de la responsabilité	21
5.3. Autres questions juridiques	22
6. Etat de la mise en œuvre et domaines d'application	23
7. Synthèse et perspectives.....	25
8. Références	28

1. Introduction

Au cours d'une année, environ un tiers de la population suisse souffre d'un trouble psychique pouvant être diagnostiqué (Schuler, Tuch, Buscher, & Camenzind, 2016). Près de la moitié des personnes souffrantes sollicite une aide professionnelle (Stocker et al., 2016). Malgré la qualité des soins psychiatriques et le nombre important de psychiatres, en comparaison internationale, on observe donc en Suisse un écart important entre la prévalence des maladies psychiques et le recours à des traitements professionnels (OFSP, 2016). Cet écart s'explique d'une part par la situation de l'offre. Dans le domaine de la psychiatrie pour enfants et adolescents et pour adultes, le pays souffre d'une pénurie en offres thérapeutiques. D'autre part, des obstacles tels que la honte, la stigmatisation, des connaissances insuffisantes sur les possibilités de traitement, l'absence de prise de conscience de la maladie et le manque de modalités de financement, peuvent empêcher la sollicitation de prestations psychiatriques et psychothérapeutiques (Stocker et al., 2016).

Dans ce contexte, l'utilisation d'outils de communication modernes peut aider à combler les lacunes en matière de soins. La présence de l'outil internet dans notre société actuelle permet de proposer à distance de l'aide à bas seuil avec une grande souplesse au niveau horaire. Nous atteignons ainsi les personnes concernées qui, à cause de leurs inhibitions, de leurs contraintes horaires, de leur situation géographique ou encore de leur mobilité réduite, ne consultent pas ou ne trouvent aucun soutien psychiatrique et psychothérapeutique. Au cours de ces dernières années, les nouvelles opportunités ont fait l'objet d'intenses recherches dans ce domaine. De nombreuses études attestent maintenant de l'efficacité de beaucoup d'interventions psychosociales basées sur internet pour un large spectre de maladies psychiques et pour les différentes phases de soins telles que la prévention, la thérapie, le suivi médical et la prévention des rechutes (Berger, 2015). Contrairement aux foisonnantes activités de recherche, la diffusion de ces interventions dans la pratique psychiatrique et psychothérapeutique est toutefois encore très limitée dans les pays germanophones. Cela peut, entre autres, s'expliquer par le fait que les coûts sont mal, voire pas du tout remboursés (Klein, Gerlinger, et al., 2016). Dans des pays comme la Suède, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et l'Australie, où les coûts des interventions basées sur internet sont pris en charge par les assurances maladie ou les institutions étatiques, l'utilisation d'outils de communication modernes par des institutions et des personnes ayant les qualifications techniques requises est

très largement répandue. Dans les pays germanophones, de même qu'aux Etats-Unis, on observe plutôt une évolution vers des programmes basés sur internet et des applications de santé mobiles, qui sont développés et/ou distribués par des entreprises privées, des sociétés pharmaceutiques, des caisses-maladie ou encore des patients. Pour les utilisateurs potentiels, il est d'autant plus difficile de s'orienter sur le marché. L'avantage de l'accessibilité simplifiée et à bas seuil des interventions basées sur internet comporte donc certains risques. Des offres manquant de sérieux peuvent ainsi facilement être diffusées, témoignant d'un professionnalisme douteux. De plus, on constate que lorsque les nouvelles possibilités ne sont pas exploitées par des psychiatres et des psychothérapeutes, d'autres prestataires de soins s'empressent d'occuper le terrain.

La présente prise de position donne une vue d'ensemble des différentes interventions basées sur internet, des données probantes empiriques, des avantages et des inconvénients, des critères de qualité et des aspects juridiques, ainsi que de l'état d'avancement de la mise en œuvre, afin d'établir une discussion fondée et documentée sur les domaines d'intervention et de mettre en place des outils de communication modernes en psychiatrie et en psychothérapie.

2. Formes d'interventions basées sur internet

2.1. Définitions et désignations

L'un des problèmes rencontrés avec les ouvrages spécialisés traitant du thème de l'utilisation des médias électroniques dans les soins psychosociaux est que parfois des termes différents sont employés pour des interventions similaires et qu'inversement, les mêmes désignations sont en usage pour des interventions différentes (Barak, Klein, & Proudfoot, 2009). Des concepts tels que *psychothérapie en ligne*, *iCBT*, *entraide guidée*, *thérapie par e-mail* ou par *chat* font ainsi référence à des offres différentes, qui sont souvent mises dans le même panier lors du débat relatif aux interventions basées sur internet. Dans ce contexte, les différentes formes se distinguent du point de vue de leur approche fondée sur des données probantes, de leurs avantages et de leurs inconvénients, ainsi que des exigences auxquelles elles confrontent les thérapeutes et les formations de base et postgraduées qu'elles impliquent. Au cours de ces dernières années, le terme générique *interventions par internet ou interventions basées sur internet*

s'est imposé pour toutes les offres thérapeutiques qui poursuivent l'objectif, en utilisant le média internet, d'aider les intéressés à gérer leurs troubles psychiques ou psychosomatiques et/ou à les combattre de manière préventive. En partant de ce terme générique, nous nous attacherons ci-après à distinguer les différents sous-groupes d'interventions basées sur internet.

2.1.1. Internet en tant que support de communication et/ou d'information

L'outil internet peut être utilisé à des fins de communication entre les personnes cherchant à se faire aider et les professionnels, ainsi que pour la transmission interactive de connaissances. Par conséquent, l'éventail des interventions basées sur internet évolue entre

- *les applications de communication*, qui ont exclusivement ou de préférence recours à internet en tant que support de communication entre les professionnels et les personnes ayant besoin d'aide, qui font finalement référence à la psychothérapie à distance et sont souvent désignées par des expressions qui contiennent le terme thérapie ou psychothérapie (p. ex. : psychothérapie en ligne, thérapie par e-mail, par chat ou par vidéo), et
- *les applications et les programmes d'entraide basés sur le web*, qui n'utilisent internet que comme support d'information plus ou moins interactif et dans le cadre duquel les intéressés travaillent de manière autonome sur leurs problèmes, acquièrent des connaissances psychoéducatives et font des exercices thérapeutiques seuls à l'aide d'un programme d'entraide ou d'une appli.

Tandis que, pour les programmes d'entraide, les cliniciens sont au mieux impliqués dans la phase de prescription et d'établissement du diagnostic, l'importance des contacts et l'investissement en temps des thérapeutes sont à peu près les mêmes pour les thérapies par e-mail, par chat ou par vidéo que pour les thérapies en face à face (Kessler et al., 2009; Vernmark et al., 2010).

L'approche de l'entraide guidée ou soutenue par un thérapeute (en anglais *guided self-help*), qui associe les possibilités offertes par internet en tant que support de communication et d'information et s'est particulièrement bien implantée au cours de ces dernières années, a une position intermédiaire entre les psychothérapies en ligne et les programmes d'entraide basés sur le web. Selon cette approche, les intéressés bénéficient, lors de leur travail qui s'inscrit dans le cadre d'un programme d'entraide,

d'un soutien par le biais de brefs contacts hebdomadaires avec des thérapeutes et des coaches, intervenant le plus souvent par e-mail. Etant donné que, dans les approches de l'entraide guidée, une partie de l'intervention est déléguée à un programme d'entraide, l'importance des contacts thérapeutiques est réduite par rapport aux thérapies en face à face. Il convient d'ores et déjà ici de préciser que les nombreuses preuves de l'efficacité des interventions basées sur internet se rapportent surtout à des approches d'entraide guidée par un thérapeute. En ce qui concerne cette forme d'intervention, les études évaluatives sont particulièrement nombreuses. Peu de recherches ont jusqu'ici été effectuées au sujet des thérapies par e-mail, par chat ou par vidéo.

2.1.2 Approches thérapeutiques

Les termes tels que thérapie par e-mail, en ligne ou sur internet ne définissent pas les approches thérapeutiques qui sont appliquées sur le fond. Au final, internet est uniquement un support par lequel sont transmis tous les contenus possibles. La plupart des interventions sur internet qui ont jusqu'ici fait l'objet de recherches reposent sur des guides de thérapie comportementale cognitive (TCC) spécifiques pour certains troubles et validés empiriquement. C'est pourquoi les interventions sur internet sont souvent désignées en anglais par l'abréviation *ICBT*. On admet de manière générale que les approches de TCC, vu qu'elles sont très structurées, standardisées, directives et qu'elles comportent de nombreux éléments psychoéducatifs et devoirs individuels, se prêtent particulièrement bien à une transmission via internet et dans le format de l'entraide (Berger & Caspar, 2011). Depuis lors, des études sur les interventions d'entraide guidée à orientation psychodynamique basées sur internet ont également été réalisées (Andersson et al., 2012), ainsi que sur des programmes d'entraide assistés par internet, qui reposent sur la psychothérapie interpersonnelle (PIP) (Donker et al., 2013), et des programmes qui poursuivent une approche intégrative (Meyer et al., 2009). A côté des interventions spécifiques pour certains troubles, des approches individualisées regroupant plusieurs troubles telles que les interventions transdiagnostiques ont été évaluées, dans lesquelles les contenus des programmes d'entraide d'un pool de différents modules d'intervention sont rassemblés individuellement pour chaque patient (Berger, Boettcher, & Caspar, 2013; Carlbring, Maurin, Torngren, & al., 2011; Titov, Andrews, Johnston, Robinson, & Spence, 2010).

2.1.3 Combinaison avec les psychothérapies conventionnelles

Une autre question concernant ces interventions est la façon dont elles sont associées aux psychothérapies conventionnelles et à quelle phase des soins psychosociaux elles sont utilisées. Jusqu'ici, les études ont surtout porté sur les interventions qui se font intégralement via internet. Les travaux de recherche plus récents se sont davantage intéressés à ce que l'on appelle les *blended treatments* : comme leur nom l'indique, ils consistent en une combinaison de séances de psychothérapie conventionnelle et de programmes d'entraide en ligne et d'applis correspondantes (Kleiboer et al., 2016; Krieger et al., 2014). Les interventions en ligne servent à préparer ou à approfondir les contenus entre les séances thérapeutiques ou à favoriser le transfert des nouvelles manières de penser et de se comporter au quotidien. Dans l'une des rares études réalisées sur cette approche, le format combiné s'est avéré tout aussi efficace que la psychothérapie conventionnelle, sachant que le nombre de séances de consultation a pu être sensiblement réduit du fait de l'utilisation supplémentaire d'une application d'activation comportementale (Ly et al., 2015).

On peut citer comme autre forme de traitement mixte les interventions qui sont utilisées par des patients sur listes d'attente pour se préparer à une thérapie en face à face et les approches qui servent à la prévention des rechutes et au suivi médical, par exemple pour assurer la transition entre une thérapie hospitalière et la quotidien post-hospitalier ou un traitement ambulatoire consécutif (Bauer, Okon, Meermann, & al., 2012; Ebert, Tarnowski, Gollwitzer, Sieland, & Berking, 2013; Holländare et al., 2011). Pour ces interventions, les fonctions de dépistage et surveillance en ligne jouent notamment un rôle important. Le questionnaire en ligne et les systèmes de feed-back permettent de surveiller les patients dans la durée et au besoin de les affecter, à un stade précoce, à des offres de prise en charge plus intensives.

3. Données probantes empiriques

Même si les activités de recherche sur les interventions basées sur internet sont relativement récentes, plus de 200 études d'efficacité contrôlées sont disponibles, ainsi que plusieurs méta-analyses et revues systématiques (p. ex. : Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Hedman, Ljotsson, & Lindefors, 2012). Les études couvrent un large spectre de problèmes et troubles psychiques et relatifs à l'aspect

médico-comportemental. Les évaluations ont le plus souvent porté sur les programmes d'entraide guidée en cas de troubles anxieux et de dépression (Andersson, 2016). Au sujet des thérapies par e-mail, par chat et par vidéo, seules quelques études sont disponibles, mais leurs conclusions sont très prometteuses (Kessler et al., 2009; Simpson & Reid, 2014 ; Vernmark et al., 2010).

3.1. Données probantes empiriques sur les programmes d'entraide guidée

Comme nous l'avons mentionné, la plupart des études sur les interventions par internet ont porté sur des programmes d'entraide guidée. Le tableau 1 fournit une vue d'ensemble des domaines de troubles et de problèmes pour lesquels des études randomisées et contrôlées avec preuves d'efficacité sont déjà disponibles. Différentes méta-analyses et revues systématiques montrent qu'avec les programmes d'entraide guidée, des effets thérapeutiques comparables à ceux obtenus avec des psychothérapies conventionnelles ont, en moyenne, été obtenus (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014 ; Hedman, Ljotsson, & Lindefors, 2012). Etant donné que les heures de travail des thérapeutes sont réduites par rapport aux psychothérapies conventionnelles (la charge de travail moyenne pour les thérapeutes est de 10 à 20 minutes par semaine et par patient), les approches d'entraide guidée se sont avérées plus efficaces que les psychothérapies conventionnelles en termes de coûts (p. ex. : Hedman et al., 2012). L'efficacité dans la durée a également été attestée jusqu'à cinq ans après l'intervention (p. ex. : Hedman et al., 2011). Contrairement aux études comparatives directes avec des psychothérapies conventionnelles (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014), aucune comparaison directe avec des thérapies médicamenteuses n'a encore été effectuée.

Tableau 1. Domaines dans lesquels l'efficacité des programmes d'entraide guidée basés sur internet a été évaluée au moyen d'études randomisées et contrôlées (adaptation selon Andersson, 2016)

Troubles psychiatriques	Troubles somatiques/problèmes de santé	Autres
Dépression (y compris dépression post-partum) Troubles bipolaires Troubles paniques avec/sans agoraphobie Troubles anxieux sociaux Phobie spécifique	Migraines Acouphène Diabète Troubles du sommeil Douleurs chroniques Cancer	Thérapie de couple Entraînement pour parents Entraînement à la gestion du stress Perfectionnisme Compassion envers soi-même

Troubles anxieux généralisés	Syndrome du colon irritable	Burn-out
Troubles hypochondriaques	Encoprésie	Procrastination
Trouble mixte dépressif et anxieux	Troubles de l'érection	Deuil compliqué
Troubles obsessionnels-compulsifs	Syndrome d'épuisement chronique	Insatisfaction corporelle
Troubles de stress post-traumatiques	Sclérose en plaques	Désir d'enfant non assouvi
Jeu pathologique/compulsif	Surpoids	
Divers troubles alimentaires	Fumée	
Dysmorphophobie		
Différents troubles imputables à des abus de substances		
Déficit de l'attention/troubles de l'hyperactivité		

A propos des études disponibles, il convient de mentionner que souvent, des *échantillons auto-délégués* ont été examinés, ce qui signifie que les participant-e-s à l'étude ont souvent été recrutés par le biais d'articles et d'annonces de journaux ou sur des forums internet, et qu'ils ont opté de manière ciblée et de leur propre initiative pour une participation à une intervention correspondante. De ce fait, ils étaient peut-être particulièrement motivés et aptes pour l'approche basée sur internet. Dans des études de psychologie naturaliste plus récentes, lors desquelles les approches de l'entraide guidée ont été analysées dans la pratique de soins classique et avec des patients issus de la pratique courante, des résultats aussi prometteurs que pour les échantillons d'autodélégation ont pu être trouvés (Andersson & Hedman, 2013). Même si cela doit encore être confirmé par de nouvelles activités de recherche, les résultats des études fortement contrôlées semblent jusqu'ici pouvoir être généralisés à la pratique courante.

3.2. Données probantes empiriques sur les programmes d'entraide non guidée

Au cours de ces dernières années, le nombre d'études sur les programmes d'entraide non guidée et les applis ne comportant aucun contact avec des thérapeutes ou des coaches pendant l'intervention a fortement augmenté. Il est tout à fait certain que par rapport aux groupes de contrôle passifs (p. ex. : listes d'attente), les programmes d'entraide non guidée sont efficaces pour différents troubles (Cuijpers et al., 2011 ; Karyotaki et al., 2015). Les effets observés sont toutefois en moyenne moins importants que pour les programmes d'entraide guidée (Baumeister, Reichler, Munzinger, & Lin, 2014 ; Richards & Richardson, 2012; Spek et al., 2007). Cela s'explique essentiellement par la moins grande adhérence thérapeutique et les taux d'abandon supérieurs à ceux

des programmes guidés. Si, pour les études sur les programmes d'entraide guidée, seuls les résultats des participants ayant suivi un programme jusqu'à la fin sont analysés, des effets importants sont en général observés (Meyer et al., 2009). Ainsi, une partie des participants semble bien profiter des programmes d'entraide non guidée, tandis qu'une autre partie interrompt prématurément l'intervention. Les taux d'abandon sont particulièrement élevés lorsque le seuil d'accès au programme d'entraide est très bas et qu'il n'y a pas de procédure d'analyse plus globale. Nous citerons ici à titre d'exemple le programme australien pour dépression *MoodGym*, qui peut immédiatement être utilisé gratuitement à titre anonyme après avoir entré un nom d'utilisateur et un mot de passe. Le nombre de personnes qui s'inscrivent à de telles offres en libre accès est très élevé, mais elles sont aussi nombreuses à interrompre l'intervention à un stade précoce (Christensen, Griffiths, & Jorm, 2004). Au contraire, pour les offres d'entraide non guidée qui comportent une procédure de bilan plus complète et une interview diagnostique, des taux d'abandon nettement plus faibles avec des effets plus importants ont été observés (Berger et al., 2017 ; Johansson & Andersson, 2012). Différentes conclusions indiquent également qu'en cas de dépression, le contact thérapeutique pendant l'intervention est plus important qu'en cas de troubles anxieux (Berger et al., 2011b ; Berger, Haemmerli, Gubser, Andersson, & Caspar, 2011a). En fonction du domaine du trouble, le contact avec les thérapeutes pourrait ainsi avoir une importance plus ou moins grande.

Face à l'argument selon lequel les programmes d'entraide et les applis pourraient nuire aux utilisateurs, les effets secondaires et les taux de détérioration ont davantage été étudiés ces derniers temps (Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt, & Carlbring, 2015). Tandis qu'il n'y a pas vraiment d'effets secondaires négatifs connus, le pourcentage de patients dont les symptômes se sont aggravés dans le cadre de programmes d'entraide guidée et non guidée est relativement faible, et plus faible que pour les groupes de contrôle n'ayant bénéficié d'aucun traitement ou d'un « treatment-as-usual ». Ainsi, le pourcentage de participants dont l'état de santé s'est détérioré plus fréquemment dans des programmes contre les symptômes dépressifs et les dépressions (reliable deterioration) est de 5,8 % (programmes d'entraide non guidée ; 14 études ; N=3806 ; Karyotaki et al., submitted) et de 3,4 % (programmes d'entraide guidée ; 18 études ; N=2079; Ebert, Donkin, et al., 2016). Dans ces études, le taux de détérioration dans les groupes de contrôle était deux fois plus élevé.

3.3 Caractéristiques des interventions efficaces basées sur internet

Il n'est pas encore possible de déterminer les patients pour lesquels les interventions par internet sont particulièrement prometteuses (et ceux pour qui elles ne le sont pas). Les travaux de recherche n'ont pas réussi à confirmer l'hypothèse souvent exprimée, selon laquelle le nouveau format de traitement est plus efficace pour les patients masculins plus jeunes, ayant un bon niveau de formation ou une affinité avec l'informatique. Même si l'on n'a pas encore établi clairement pour qui et comment les interventions par internet sont efficaces, on peut citer au moins trois caractéristiques communes aux interventions les plus efficaces (Andersson, Carlbring, Berger, Almlöv, & Cuijpers, 2009) :

1. les interventions sur internet les plus efficaces comportent une procédure de bilan approfondie, avec une interview diagnostique, qui est réalisée au téléphone ou en face à face ;
2. dans les interventions par internet les plus efficaces, les patients sont accompagnés pendant le travail autonome avec le matériel d'assistance par des thérapeutes ou des coaches, qui créent au moins une structure temporelle (p. ex. : chaque semaine un message) et encouragent les patients à travailler de manière indépendante ;
3. dans les interventions efficaces, des exercices et des contenus qui reposent sur des approches thérapeutiques fondées sur les données probantes sont communiqués par le biais de différentes leçons ou différents modules détaillés.

4. Avantages et inconvénients des interventions basées sur internet

Les interventions basées sur internet présentent à la fois des avantages et des inconvénients. Ainsi, par exemple la communication à distance comporte l'avantage que les déplacements sont supprimés et qu'il est également possible d'atteindre les patients ne pouvant se faire aider en raison de leur situation géographique ou de leur mobilité réduite. Dans le même temps, elle présente toutefois l'inconvénient selon lequel le caractère confidentiel des données est compromis du fait du transfert et de l'enregistrement, l'identité des prestataires et des patients n'est pas garantie, et une réaction adéquate en cas de situations de crise aiguës n'est possible que de manière

limitée. Les principales caractéristiques des interventions basées sur internet, ainsi que les avantages et les inconvénients qui s’y rapportent, sont résumés dans le tableau 2.

Tableau 2. Avantages et inconvénients des thérapies basées sur internet (adapté d’après nach Berger & Caspar, 2011 et Berger, 2015).

Caractéristiques des approches basées sur internet	Avantages	Inconvénients / Risques
Traitement à distance	<ul style="list-style-type: none"> • Commodité, car cela évite les frais de déplacement • Possibilité d’atteindre les patients ne pouvant se faire aider en raison de leur situation géographique ou de leur mobilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilité restreinte de réagir de manière adéquate dans les situations de crise (p. ex. : tendance au suicide) • Confidentialité des données compromise en raison du transfert et de l’enregistrement des informations • Identité des prestataires et patients non assurée
Flexibilité de la disponibilité de l’offre, qui peut être utilisée à tout moment	<ul style="list-style-type: none"> • La prise de rendez-vous est supprimée • Utilisation possible en dehors des horaires de travail usuels • Le matériel peut être traité à un moment opportun pour l’apprentissage et à un rythme flexible • Le nombre élevé de contacts et d’unités de formation courtes peut favoriser les processus d’apprentissage • Les messages des thérapeutes peuvent être supervisés avant l’envoi 	<ul style="list-style-type: none"> • L’absence de structure temporelle peut réduire l’adhésion thérapeutique (compliance) • Possibilités limitées d’échanges immédiats sous forme de processus
Absence de contacts physiques / échanges écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Les inhibitions à consulter sont plus faibles que dans les thérapies en face à face • Plus grande ouverture d’esprit et sincérité (effet de désinhibition : les patients vont vite au but) • Les barrières sociales (p. ex. : sur la base de caractéristiques extérieures) sont supprimées • Possibilité de réfléchir à plusieurs reprises sur ce qui est écrit • Autodétermination accrue (les patients décident ce qu’ils 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence d’échanges non verbaux et paraverbaux • Il est plus facile de dissimuler, de taire ou d’éviter les sujets douloureux/difficiles/délicats • La communication est plus propice aux malentendus • Il faut disposer d’aptitudes rédactionnelles • Ecrire est plus contraignant et prend plus de temps que parler

	écrivent) <ul style="list-style-type: none"> • Participation active indispensable dans le processus thérapeutique 	
Disponibilité et reproductibilité faciles des programmes d'entraide	<ul style="list-style-type: none"> • Faibles coûts • Qualité constante 	<ul style="list-style-type: none"> • Les offres manquant de sérieux, dont le professionnalisme est douteux, peuvent être facilement diffusées

Il convient de mentionner que les avantages et les inconvénients mentionnés dans le tableau 2 ne se vérifient pas de la même manière pour les différentes formes d'interventions basées sur internet. Ainsi, parmi les avantages souvent cités, il y a la disponibilité immédiate, la reproductibilité illimitée, les faibles coûts ou la qualité constante de l'intervention, notamment pour les programmes d'entraide guidée et non guidée, dans lesquels il n'y a plus besoin de prendre rendez-vous avec les thérapeutes, les contacts avec les thérapeutes limités ou inexistant, et où ce sont toujours les mêmes contenus qui sont communiqués de façon relativement standardisée. Dans les thérapies par e-mail, par chat ou par vidéo, l'investissement de temps est en revanche comparable à celui des thérapies en face à face. En outre, le traitement est plus individualisé et sa qualité dépend plus fortement des différents thérapeutes. L'avantage de ne pas devoir prendre rendez-vous n'est valable que pour les applications de communication asynchrones telles que la thérapie par e-mail, mais pas pour les formes de communication synchrones telles que les thérapies par chat ou vidéo. En outre, les exigences telles que la protection des données dans les thérapies par e-mail, par chat ou par vidéo jouent un rôle particulièrement important dans la mesure où les patients révèlent des informations très personnelles. Bien entendu, la protection des données est également importante dans les programmes d'entraide, même si les possibilités individuelles des patients de se livrer sont souvent très limitées ici.

4.1. Risques particuliers et critères de qualité des interventions basées sur internet

Certains des inconvénients mentionnés dans le tableau 2 sont liés aux risques spécifiques, et souvent abordés, que comportent les interventions basées sur internet. Ils concernent entre autres la protection des données, la prise en charge des patients qui traversent des situations de crise aiguës et la manière dont il est possible de garantir l'identité et la qualification des prestataires. Les critères et caractéristiques de qualité

des interventions recommandées qui ont été élaborés par différentes associations professionnelles se rapportent essentiellement à la gestion de ces risques. Dans ce sous-chapitre, il convient donc d’approfondir ces risques spécifiques et les critères de qualité correspondants.

4.1.1. Protection des données

Les questions sur la sécurité des données sur internet sont toujours d’actualité et devraient avoir une priorité absolue dans le contexte des interventions basées sur internet. Le transfert des données sur internet comporte des risques, y compris parce que la confidentialité de la transmission et de l’enregistrement des données ne dépendent pas uniquement du prestataire, mais aussi du comportement des patients. Ainsi par exemple, l’utilisation d’ordinateurs publics ou la conservation non adéquate de mots de passe peuvent permettre à des tiers d’accéder à certaines informations, même si les prestataires ont pris des mesures adéquates de protection des données. Afin de contribuer à la protection des données, il convient donc de sensibiliser les patients à ces risques. Il est également recommandé d’informer les patients que chaque transfert de données via internet comporte certains risques (Berger et al., 2006).

De la part des prestataires, des mesures techniques doivent notamment être prises. Elles englobent le cryptage du transfert et de l’enregistrement des données, mais aussi l’accès sécurisé aux offres (avec mot de passe). La mise en œuvre de telles mesures place les prestataires face à quelques défis de taille et requiert des aptitudes dont ne disposent pas, en général, les psychothérapeutes médicaux et psychologiques. Si les psychiatres ou les psychothérapeutes se mettent à avoir des échanges avec leurs patients par e-mail, par chat ou par vidéo sans prendre de précautions, la protection des données sera particulièrement compromise. Les enquêtes réalisées auprès des thérapeutes montrent que cela se produit de plus en plus souvent dans la pratique (Eichenberg & Kienzle, 2013). Les échanges d’e-mails classiques offrent une protection des données très faible. Leur contenu n’est pas crypté et est acheminé par internet par différents ordinateurs se trouvant dans plusieurs pays, et finit par être enregistré non seulement sur le propre ordinateur de l’utilisateur, mais aussi sur les serveurs des fournisseurs de messagerie électronique. Chez celui-ci, mais aussi sur les ordinateurs des postes intermédiaires, les e-mails peuvent en théorie être lus comme des cartes postales. Il en va de même pour la communication par chat et vidéo en cas de recours aux solutions usuelles dans le commerce. Le cryptage d’e-mails est certes devenu plus courant depuis quelque temps

(les e-mails en question ne peuvent donc plus être lus comme des cartes postales, mais correspondent à une lettre cachetée que seul le destinataire peut ouvrir), mais il n'intervient souvent que sur une base unilatérale, autrement dit dans la communication du thérapeute vers le patient, mais pas dans l'autre sens, car il faudrait pour cela que le patient achète ou du moins utilise lui-même un service de messagerie correspondant pour bénéficier du cryptage.

Sous l'angle de la protection des données, l'utilisation de plateformes internet spécifiques est la meilleure solution. Ces plateformes ont également été utilisées dans pratiquement toutes les études susmentionnées. Les échanges par e-mail ou par chat ne sont pas téléchargés sur l'ordinateur privé, mais gérés via un navigateur web. Les messages sont notés dans des formulaires de réponse. Les avantages de telles plateformes résident dans le fait que le cryptage du transfert des données et l'enregistrement sont automatiquement intégrés (p. ex. : cryptage SSL), que l'accès à la plateforme est protégé par mot de passe et que le risque d'envoyer les messages à la mauvaise personne est réduit (les patients et les thérapeutes ne doivent pas entrer l'adresse e-mail correcte du destinataire).

La mise sur pied de plateformes web sécurisées entraîne néanmoins un certain travail et des dépenses. En outre, des prestations de support doivent régulièrement être assurées. C'est pourquoi, tout comme les solutions médicales de cybersanté, les plateformes sécurisées ne peuvent réalistement être développées et exploitées que par des institutions ou des cabinets regroupés. A ce sujet, il faut peut-être soulever la question de savoir si les associations de psychiatrie et de psychothérapie doivent mettre une solution correspondante à la disposition de leurs membres.

Il est clair que la protection des données et les indications sur la protection des données représentent un critère de qualité important pour évaluer les interventions basées sur internet, et qu'elles revêtent une importance centrale dans toutes les directives élaborées à ce jour. Dans le tableau 3 sont mentionnées les formulations concrètes des lignes directrices de la Task Force for the Development of Telepsychology de l'APA (APA, 2013), des critères de qualité de la Task Force E-Mental Health de la DGPPN (Klein et al., 2016) et de la Commission pour la consultation en ligne de la Fédération Suisse des Psychologues FSP (Berger et al., 2006 ; ces critères sont momentanément en cours de révision).

Tableau 3. Formulations concrètes sur le thème de la protection des données dans les lignes directrices et les critères de qualité des associations américaine (APA), allemande (DGPPN) et de la FSP.

<p>Task Force Telepsychology APA (APA, 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Confidentialité des données et informations</i> : Les psychologues qui proposent des services de télépsychologie font des efforts raisonnables pour protéger et maintenir le caractère confidentiel des données et informations se rapportant à leurs patients, ainsi que pour les informer des éventuels risques potentiellement élevés de perte de confidentialité inhérents à l’usage des technologies de la télécommunication. • <i>Sécurité et transmission des données et informations</i> : Les psychologues qui proposent des services de télépsychologie font le nécessaire pour s’assurer que des mesures de sécurité sont en place pour protéger les données et les informations se rapportant à leurs patients contre tout accès ou toute révélation non intentionnels.
<p>Task Force E-Mental Health DGPPN (Klein et al., 2016)</p>	<p><i>Critère de qualité « Description des caractéristiques en matière de protection des données de l’intervention et des exigences à l’égard du clinicien ». Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • L’utilisateur peut-il également s’inscrire à titre anonyme à l’intervention ? • L’échange des données avec le système intervient-il par le biais d’une connexion cryptée ? • Dans quel pays les éventuelles données sont-elles enregistrées ? Dans quel délai sont-elles supprimées ? L’utilisateur peut-il faire ordonner la suppression des données ? • A quelles exigences le système informatique du thérapeute doit-il satisfaire lorsque ce dernier communique avec son patient dans le cadre de l’intervention ?
<p>Commission pour la consultation en ligne de la FSP (Berger et al., 2006)</p>	<p>La confidentialité et le secret professionnel sont valables pour l’ensemble des informations personnelles apprises via internet avec le même caractère obligatoire que l’entretien au cabinet médical ou lors de l’entretien téléphonique (cf. code de déontologie de la FSP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thérapeutes qui travaillent avec des données « sensibles » sont tenus de les protéger et de les conserver de façon correcte. • Outre les copies de sécurité régulières (sauvegardes de protection contre la perte de données en cas de panne du système), il faut que l’accès à l’ordinateur soit protégé par mot de passe et que les données soient conservées ailleurs que sur l’ordinateur de manière conforme aux prescriptions. • Les patients devraient être informés que chaque transfert de données comporte certains risques et que les messages par e-mail peuvent être consultés par des tiers si aucune mesure de cryptage (p. ex. : Pretty Good Privacy PGP) n’est prise. • Afin d’améliorer la sécurité, des pages d’accueil cryptées (Secure Sockets Layer SSL, reconnaissables à l’adresse URL https:// au lieu de http://) peuvent être créées, en plus des e-mails cryptés, et munies de formulaires de réponse. Il est recommandé de faire appel à un spécialiste pour toutes les questions de sécurité en suspens et pour trouver une solution optimale adaptée aux besoins individuels.

4.1.2. Prise en charge des patients qui traversent des situations de crise aiguës

La sécurité des patients est au centre de toutes les considérations relatives aux indications. Il y a un large consensus sur le fait que les interventions basées sur internet, à cause de la distance physique et de la communication souvent en décalage dans le temps, ne sont pas adaptées pour réagir de manière adéquate aux situations de crise aiguës. C'est pourquoi, dans les offres sérieuses, les patients sont informés de cette restriction sur le site internet des prestataires et leur attention est attirée sur les numéros d'urgence. Il peut également être utile de renvoyer à des services de conseil et d'urgence spécifiques et locaux.

Dans les études sur les interventions basées sur internet, la tendance au suicide est évaluée avant le début du traitement au moyen d'un questionnaire et lors de l'entretien personnel (par téléphone ou en face à face). Les personnes ayant des envies suicidaires sont immédiatement adressées aux services locaux. Il est également usuel d'établir avec l'ensemble des patients, avant le début du traitement, un plan d'urgence individuel qui répond à la question de savoir à quels spécialistes qualifiés ou services spécialisés les patients peuvent s'adresser compte tenu des circonstances locales s'ils ont une crise aiguë pendant le traitement (Berger & Caspar, 2011). Dans le tableau 4 figurent les formulations sur les questions de sécurité des patients des différentes directives.

Tableau 4. Formulations concrètes sur les questions de sécurité des patients dans les lignes directrices et les critères de qualité des associations américaine (APA), allemande (DGPPN) et de la FSP.

<p>Task Force Telepsychology APA (APA, 2013)</p>	<p>Comme préalable à la fourniture de services de télépsychologie, les psychologues font des efforts pour identifier et apprendre la manière d'accéder aux ressources d'urgence appropriées et déterminantes dans la région du patient, telles que des contacts qui seront en mesure d'apporter une réponse en cas d'urgence (p. ex. : numéros de téléphone d'urgence, admissions hospitalières, ressources locales d'orientation, responsables des questions de sécurité des patients dans une clinique partenaire où des services correspondants sont proposés, une personne de confiance dans la vie du patient s'il y en a une). Les psychologues élaborent un plan pour prendre en charge un manque éventuel de ressources appropriées, notamment celles nécessaires en cas d'urgence, et tout autre facteur déterminant pouvant avoir un impact sur l'efficacité et la sécurité des services payés. Les psychologues fournissent des efforts raisonnables pour discuter avec l'ensemble des patient et leur donner des instructions écrites claires sur ce qu'il y a lieu de faire (par exemple en cas de risque de suicide).</p>
<p>Taks Force E-Mental Health DGPPN (Klein et al., 2016)</p>	<p><i>Aspects relatifs à la sécurité :</i> Description des effets secondaires connus et de la procédure à suivre dans les situations dangereuses. Exemples :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Comment réagit le système lorsque survient une urgence (p. ex. : tendance au suicide) ? Des recommandations sont-elles automatiquement données à l'utilisateur au sujet de la manière dont il peut se faire aider ? Une personne de référence professionnelle, p. ex. le psychiatre traitant, est-elle prévenue ? • Les effets indésirables ont-ils été saisis de manière systématique dans les études ?
Commission pour la consultation en ligne de la FSP (Berger et al., 2006)	<i>Limites et contre-indication</i> : La prudence est de mise pour les consultations virtuelles, notamment pour toutes les crises aiguës (tendance au suicide, violence, etc.). Pour les situations d'urgence qui nécessitent une aide immédiate à toute heure du jour et de la nuit, des liens vers les numéros d'urgence officiels doivent être insérés sur la page d'accueil. Il peut être utile de signaler des offres locales ou spécifiques de centres de conseil.

4.1.3. Identité et qualification des prestataires

Aujourd'hui, il est possible de créer un site internet assez rapidement, sans connaissances spécifiques particulières. Par conséquent, il se peut aussi que des offres douteuses soient facilement diffusées et que les patients ne se rendent pas immédiatement compte du degré de sérieux d'une offre donnée. Il n'est pas facile de venir à bout de ce problème. Des organisations et associations professionnelles actives au niveau international ont certes développé le label de qualité pour les offres de santé en ligne (Health On the Net Foundation: <http://www.hon.ch>; Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen; BDP: <https://www.bdp-verband.de/html/service/siegel.html>), mais les patients sont nombreux à l'ignorer et à ne pas y prêter attention. C'est pourquoi les sites internet d'offres thérapeutiques et de conseil en ligne sérieuses devraient remplir certains critères. Parmi ceux-ci, il faut que sur la page d'accueil, l'internaute puisse identifier clairement le prestataire de l'offre proposée et ses qualifications, en quoi consiste exactement l'offre et combien elle coûte, et dans quel laps de temps les personnes en quête de conseil peuvent escompter obtenir une réponse. Les formulations correspondantes des critères de qualité de la DGPPN et de la FSP sont mentionnées dans le tableau 5. Les lignes directrices de l'APA ne font pas mention des critères correspondants.

Tableau 5. Formulations concrètes sur l'identité et la qualification des prestataires dans les lignes directrices et critères de qualité de l'APA, de la DGPPN et de la FSP.

Taks Force E-Mental Health DGPPN (Klein et al., 2016)	<i>Description des qualifications des thérapeutes exerçant évent. dans le cadre d'interventions basées sur internet. Exemples :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est la formation des thérapeutes (p. ex. : dénomination professionnelle et formation continue et postgraduée régulière
---	---

	<p>spécifique dans le domaine des interventions basées sur internet) ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un manuel de l'intervention est-il disponible ? Comment le respect de son contenu ou l'intégrité du traitement sont-ils assurés ? • Comment se présentent les concepts de supervision et d'intervision pour les interventions basées sur internet ?
<p>Commission pour la consultation en ligne de la FSP (Berger et al., 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sur la page d'accueil, on peut voir qui fournit les prestations de services proposées, ce qui signifie que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du cabinet médical non virtuel doivent être indiqués sur la page d'accueil. Si plusieurs personnes proposent leur prestation de services sur la même page d'accueil, elles doivent toutes y être mentionnées. En plus des informations sur l'accessibilité par e-mail et par téléphone, des liens vers les organisations professionnelles dont font partie les prestataires sont également mentionnés. • Le parcours professionnel et les qualifications des psychologues devraient être clairement indiqués et leurs connaissances spécialisées mises en évidence. Il convient de s'abstenir de fournir des indications trompeuses sur des formations initiales, continues et postgraduées, sur des titres ou des compétences professionnelles. • L'offre doit être mentionnée de manière transparente et décrite de façon compréhensible pour tous. Les contre-indications doivent être signalées. Les offres en ligne sont notamment contre-indiquées dans toutes les crises aiguës (tendance au suicide, violence ; les numéros d'urgence devraient être signalés selon les explications qui précèdent). • Les personnes en quête de conseils en ligne doivent savoir dans quel laps de temps elles peuvent obtenir une réponse, combien l'offre coûte et quelles sont les modalités de paiement. • Outre les indications relatives à la sécurité des données, la garantie de la confidentialité et de secret professionnel doit également être mentionnée.

Une autre question porte sur les informations personnelles qui sont demandées aux patients. En principe, en fonction de l'offre et du groupe cible, il convient ici de soupeser les avantages et les inconvénients d'une offre rendue plus ou moins anonyme. D'un côté, les informations manquantes ou insuffisantes sur la personne du patient rendent difficile voire impossible une consultation et une thérapie sérieuses. De l'autre, le fait de demander des informations personnelles augmente le seuil d'utilité. Il est donc caractéristique que dans des offres à très bas seuil, qui dans de nombreux cas ne renferment qu'un bref contact unique lors duquel des conseils sont dispensés (p. ex. : conseils en ligne de La Main Tendue ; offres de prévention), aucune information personnelle n'est demandée, ou très peu seulement. Dans les thérapies en ligne en revanche, qui prévoient des contacts réguliers et s'inscrivant dans la durée avec des professionnels, l'indication du nom, de l'adresse de domicile, du sexe et de l'âge, etc., est demandée dans un premier temps. Dans une deuxième étape suit dans de nombreux cas

un diagnostic approfondi au moyen d'un questionnaire en ligne et d'un entretien de bilan (téléphonique ou en face à face), lors duquel les thérapies suivies dans le cabinet de consultation, la problématique et la symptomatique sont analysées en détail. La connaissance de l'identité et de l'adresse des patients contribue considérablement à la sécurité des patients, car des mesures adéquates peuvent être prises en cas d'urgence (p. ex. : intervention de la police ou du médecin de garde).

5. Questions juridiques

En ce qui concerne les interventions basées sur internet, il y a toute une série de questions juridiques en suspens, qui n'ont pas été clarifiées à ce jour. Il y a lieu de supposer que seule l'expérience en la matière et la future jurisprudence aideront à établir des standards clairs. Sur le principe, la législation et la jurisprudence ont accueilli les traitements à distance avec une certaine retenue, voire une certaine hostilité, notamment parce que le traitement par des formes de communication modernes comporte aussi le risque que le standard de traitement de psychothérapie et de psychiatrie ne puisse être respecté et que le patient puisse, de ce fait, subir un préjudice (Almer, 2008). Le débat juridique porte essentiellement sur la recevabilité d'un traitement de psychiatrie et de psychothérapie à distance sous l'angle du droit professionnel et de la responsabilité. Les considérations mentionnées ci-dessous sous l'angle du droit professionnel et de la responsabilité ne s'appliquent qu'aux interventions basées sur internet lors desquelles ont lieu des échanges entre professionnels et patients. Pour les applis et les programmes d'entraide non guidée, d'autres considérations entrent en ligne de compte. Le débat porte par exemple sur la question de savoir s'ils doivent faire l'objet d'une certification par Swissmedic en tant que « medical device » avant qu'ils ne puissent être étudiés et utilisés dans les soins courants.

5.1. Droit professionnel

Dans un article sur les aspects du droit professionnel applicable aux consultations médicales via internet qui a été publié dans le Bulletin des médecins suisses, Oswald (2001) aboutit à la conclusion que, dans la grande majorité des cas, le fait d'exercer la profession avec diligence et au plus près de sa conscience requiert une prise de contact personnelle avec le patient, une consultation à distance n'étant pas exclue a priori dans

l'optique du droit professionnel. Il se fonde ici sur le principe établi dans le préambule du Code de déontologie de la FMH du 12 décembre 1996, selon lequel la santé de l'homme est le but suprême de l'acte médical, et renvoie au fait que dans les conditions données, il faut convenir de cet objectif en exerçant au plus près de sa conscience professionnelle, et que dans certains cas, il est même plus facile à atteindre via internet (p. ex. : lorsque les patients ont du mal à gérer les difficultés d'une visite médicale ; Oswald, 2001). Il s'appuie ainsi sur le préambule du Code de déontologie et son article 7, qui spécifie la manière dont le médecin doit exécuter le mandat thérapeutique : « Le médecin veille à maintenir, autant que possible, sa relation personnelle avec le patient. Il fournit personnellement à ce dernier l'assistance que nécessite son état de santé. [...] Un traitement de longue durée, effectué exclusivement sur la base de renseignements transmis par correspondance, par téléphone ou par voie électronique, ou sur la base de rapports fournis par des tiers, est contraire à la déontologie. »

Malgré la dernière disposition citée, Oswald argumente donc en renvoyant au préambule du caractère admissible du traitement à distance au cas par cas et étaye sa position comme suit : Il explique que dans la perception correcte des choses, les règles déontologiques ne peuvent ni ne doivent avoir pour but de prescrire en détail les situations dans lesquelles une consultation téléphonique est autorisée, celles où il est légal de répondre à une demande du patient par internet, et celles où cela n'est pas le cas. Oswald ajoute que le médecin consciencieux examine au cas par cas si les données lui ayant été fournies sont suffisantes ou s'il a besoin d'autres informations concernant le patient pour pouvoir donner des conseils fiables ou poser un diagnostic à distance. Il doit décider s'il est indispensable de voir ou non le patient. En outre, il doit rendre compte au sujet des questions suivantes : dispose-t-il des qualifications spécialisées suffisantes pour répondre à la question ? Doit-il plutôt recommander au patient de soumettre sa question à un spécialiste ou de s'adresser à l'un d'eux ? Autant de décisions que le médecin doit prendre dans l'optique de la qualité du traitement. Oswald ajoute enfin que ce sont des décisions que le médecin est constamment amené à reprendre, même dans une relation déjà existante entre le médecin et le patient (Oswald 2001, p. 2230).

Dans son article, Oswald (2001) approfondit peu, dans l'ensemble, la différenciation entre un traitement à distance exclusif, ou uniquement intermédiaire. L'article 7 du Code de déontologie peut être interprété d'une manière telle que seuls les traitements

« effectués exclusivement sur la base de renseignements transmis par correspondance, par téléphone ou par voie électronique » peuvent être jugés problématiques. Le caractère admissible du traitement à distance intermédiaire, autrement dit lorsque le médecin connaît personnellement le patient dans le cadre d'un traitement en cours, et qu'il ne fait pas reposer son intervention sur un diagnostic à distance, n'est pas remis en question dans le Code de déontologie. En Allemagne aussi, seul le traitement à distance exclusif est interdit en vertu de l'interdiction de soigner à distance figurant dans le code de déontologie (Almer, 2008). De manière générale, il convient donc de clarifier la recevabilité d'un traitement à distance exclusif. Un traitement intermédiaire basé sur internet est autorisé sous l'angle du droit professionnel.

5.2. Droit de la responsabilité civile

Outre les aspects relatifs au droit professionnel, il se pose le problème de la responsabilité civile du médecin et du psychothérapeute par rapport à une évaluation non adéquate, autrement dit au cas où les traitements sont sans résultat, voire même néfastes pour les patients. Soigner des patients en ayant recours aux outils de communication modernes comporte ici des risques spécifiques liés à la responsabilité. Un médecin viole son obligation lorsque, lors du traitement, il ne se montre pas à la hauteur du standard thérapeutique, autrement dit qu'il ne respecte pas les critères relatifs à un traitement psychiatrique et psychothérapeutique de qualité. Un traitement basé sur internet constitue donc notamment un manquement aux devoirs dès lors qu'il entraîne un danger accru pour le patient par rapport à un traitement ordinaire avec des contacts personnels. Oswald (2001) décrit un cas remontant à 1990, lors duquel le Tribunal fédéral avait dû se prononcer sur un renseignement téléphonique qu'un médecin ou son assistante avait donné à la mère d'un enfant en bas âge : le conseil délivré au téléphone s'était avéré faux et avait notamment causé la dégradation de l'état de santé du petit enfant survenue juste après. Le jugement du tribunal fédéral établit ce qui suit : Un diagnostic téléphonique et une thérapie par téléphone doivent toutefois en principe satisfaire aux mêmes exigences que celles du devoir de diligence en cas de prise de contact personnelle [...]. Lorsqu'un tableau clinique est expliqué au médecin par téléphone, il est tenu, s'il soupçonne objectivement une maladie donnée, une fois qu'il a accepté le mandat thérapeutique, de réaliser au besoin les examens qui s'imposent, et si le patient est dans l'incapacité de consulter au cabinet, il doit effectuer une visite à domicile et donner lieu à d'autres mesures adéquates (admission à l'hôpital, etc.). [...].

Mais il est au minimum tenu de clarifier les risques possibles des signes cliniques lui ayant été rapportés. Or, l'intimé ne s'est pas acquitté de cette obligation ». Ces explications du Tribunal fédéral relatives au traitement et au diagnostic téléphoniques devraient également éclairer à l'avenir les tribunaux au sujet des consultations via internet (Oswald, 2001). En conséquence, le traitement psychiatrique et psychothérapeutique ne doit comporter aucun danger supplémentaire par rapport à un traitement ordinaire avec contact personnel et perspectives de succès comparables.

Comme dans l'optique du droit professionnel, la question de savoir s'il faut approuver un traitement à distance exclusif, tout à fait sans contact en face à face, est notamment déterminante. Le risque lié au droit de la responsabilité est notamment élevé lorsque le médecin ou le thérapeute, à cause de l'absence de contact immédiat lors de l'établissement du diagnostic, passe à côté de résultats objectifs et que la thérapie part dès le début dans la mauvaise direction, au détriment du patient. Sous l'angle du droit de la responsabilité, il convient donc de porter un regard critique sur une thérapie par internet sans contact personnel préalable entre le thérapeute et le patient.

5.3. Autres questions juridiques

Outre les interrogations susmentionnées, une série de questions éthiques et juridiques reste en grande partie non clarifiée et devrait l'être à l'avenir. En voici quelques-unes (cf. aussi Rochlen, Zack, & Speyer, 2004 ; Wilhelm & Pfaltz, 2009) :

- Qu'en est-il de la situation juridique lorsque les interventions en ligne dépassent les frontières nationales ?
- Comment faut-il gérer la situation lorsque toutes les données ayant été collectées et échangées ont été enregistrées et que de ce fait, elles peuvent être dévoilées facilement ? La publication ultérieure des données, par exemple dans le cadre d'une procédure juridique ou par les patients eux-mêmes, peut avoir comme conséquence que tous croient savoir ce qu'il faudrait faire. Les données sorties de leur contexte pourraient injustement faire paraître les thérapeutes irresponsables et incompétents.
- Comment gérer le fait que les patients puissent enregistrer, conserver et publier les données originales (p. ex. : échanges d'e-mail) ? Qu'est-ce que cela implique pour la documentation des thérapies par les médecins et les psychothérapeutes ?
- Que se passe-t-il lorsque, en cas d'intervention basée sur internet, l'évolution des

symptômes est évaluée de manière automatique à intervalles réguliers, mais que le thérapeute ne perçoit pas la dégradation des symptômes et qu'il ne les approfondit pas ?

- Que se passe-t-il lorsque, en raison de problèmes techniques, des données sur le patient sont perdues, que le patient n'a plus accès à l'intervention en ligne ou qu'il ne peut plus être contacté en raison des données perdues et que cela entraîne des complications ?

6. Etat de la mise en œuvre et domaines d'application

Comme nous l'avons mentionné en introduction, les interventions basées sur internet dans certains pays, tels la Suède, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et l'Australie, font déjà partie des soins courants dispensés aux personnes atteintes de maladies psychiques. Citons par exemple l'unité « Internet Psychiatry » du Karolinska Institut en Suède, « Interapy » aux Pays-Bas ou la « Mindspot Klinik » en Australie. L'établissement d'interventions basées sur internet en Grande-Bretagne et en Suède a entre autres été facilité par le fait que ces pays sont dotés d'un système de santé centralisé. Dans les pays germanophones en revanche, les interventions internet fondées sur les données probantes ne sont pas disponibles à ce jour sur prescription d'un médecin ou d'un psychothérapeute, et les caisses-maladie remboursent essentiellement des thérapies dispensées en ligne, au mieux dans le cadre de projets pilotes et types.

Certaines assurances-maladie d'Allemagne et de Suisse ont maintenant élaboré des offres ciblées pour leurs assurés, qui les incitent à utiliser les solutions d'entraide basées sur internet. Ainsi par exemple, Sanitas propose à ses patients, dans le cadre du programme de santé « Équilibre psychique », des programmes basés sur internet de soutien de la santé psychique en cas d'humeur dépressive, d'angoisses, de stress, de burn-out et de troubles du sommeil. Dans ce contexte, les programmes pour remédier aux états dépressifs (deprexis) et aux troubles d'angoisse (velibra) sont également validés empiriquement (p. ex. : Berger et al., 2017 ; Klein, Berger, et al., 2016 ; Meyer et al., 2009). En dehors de tels projets et études, les interventions basées sur internet dans l'espace germanophone doivent également prises en charge à titre privé, sachant que de nombreuses offres ne sont pas validées empiriquement.

La mise en œuvre durable des interventions basées sur internet étant encore restreinte,

la question de savoir dans quel contexte les interventions en ligne seront instaurées à l'avenir a davantage été abordée ces derniers temps. Un solide article d'un groupe d'experts européen mentionne les différents domaines d'application prometteurs (Emmelkamp et al., 2014) :

Application dans la prévention : Dans le domaine de la prévention, les interventions ont habituellement un caractère moins intensif que dans l'entraide. Elles comportent l'avantage de pouvoir être diffusées facilement à moindres coûts et que le seuil pour solliciter les offres correspondantes est bas. Les programmes d'entraide basés sur le web dans le cadre de la prévention indiquée se sont certes déjà avérés efficaces pour empêcher la survenance d'une dépression (Ebert, Buntrock, & Cuijpers, 2016 ; Klein, Berger, et al., 2016).

Application dans la médecine de premier recours : Dans la médecine de premier recours, les approches basées sur internet représentent une alternative ou un complément aux thérapies médicamenteuses. Dans une étude contrôlée et randomisée réalisée récemment en Suisse et en Allemagne, les médecins ont prescrit à leurs patients atteints de troubles d'anxiété de recourir à un programme d'entraide. Les patients qui ont eu accès, en plus du traitement habituel, au programme d'entraide ont considérablement tiré profit du traitement, et significativement mieux que les patients n'ayant pas pu accéder au programme d'entraide (Berger et al., 2017).

Application dans le milieu psychothérapeute/psychiatrique : Même si les études ont surtout porté jusqu'ici sur les traitements basés sur internet comme moyen de remplacer les thérapies traditionnelles et sur leur comparaison avec celles-ci, nombreux sont ceux qui considèrent que la solution d'avenir réside dans une association entre les approches en ligne et en face à face (*blended treatments*). Les applications possibles vont ici des interventions qui sont utilisées par des patients sur listes d'attente en guise de préparation à la thérapie en face à face aux programmes de prévention des rechutes qui sont mis en place après un traitement ambulatoire ou hospitalier en passant par l'utilisation de modules en ligne pendant une thérapie psychologique ou médicamenteuse.

Interventions basées sur internet proposées par des cliniques de cybersanté mentale : Dans des pays tels que la Suède et l'Australie, des cliniques « virtuelles » ont maintenant été fondées, qui proposent exclusivement des interventions basées sur internet (notamment approches d'entraide guidée) (p. ex. : <http://web.internetpsykiatri.se>;

<http://www.mindspot.org.au>). Grâce à ces cliniques virtuelles, les interventions qui avaient auparavant été validées empiriquement dans des études sont durablement mises à la disposition du grand public. Néanmoins, les cliniques mentionnées n'ont pas été créées de manière indépendante des institutions psychiatriques et psychothérapeutiques traditionnelles, mais font partie d'une offre qui englobe aussi les formes de traitement traditionnelles. Cela comporte l'avantage que pour les patients qui préfèrent une forme de thérapie traditionnelle ou pour lesquels la thérapie par internet ne procure pas une aide suffisante, il existe de bonnes possibilités d'orientation vers et de rattachement à des offres traditionnelles.

Application dans différents contextes médicaux : Les interventions basées sur internet dans le domaine de la psychologie se sont avérées utiles et efficaces pour différents groupes de patients somatiques ayant des problèmes et troubles psychiques comorbides (Kroenke et al., 2010 ; van Bastelaar, Cuijpers, Pouwer, Riper, & Snoek, 2011). Etant donné que de nombreux patients somatiques ne bénéficient bien souvent, à côté du traitement médical, d'aucune prise en charge psychologique supplémentaire spécifique adaptée à leurs besoins, les solutions de dépistage et de traitement basées sur internet pourraient également contribuer à augmenter les taux de dépistage et de traitement de troubles et problèmes psychiques comorbides et faciliter la gestion de la maladie. Dans ce contexte, il ne faut pas non plus oublier les nouvelles possibilités de suivi en ligne par les proches de personnes souffrant de maladies chroniques (Frischknecht et al., 2014).

7. Synthèse et perspectives

La présente prise de position s'est attachée à donner une vue d'ensemble des différentes formes d'interventions basées sur internet, des données probantes empiriques, des avantages et des inconvénients, des critères de qualité, des aspects juridiques et de l'état de la mise en œuvre. En résumé, les aspects suivants peuvent être soulignés :

- il existe déjà un **large éventail** d'interventions basées sur internet. Les programmes d'entraide sur lesquels le plus d'études ont été réalisées sont ceux qui reposent sur les principes de la thérapie cognitive et comportementale, dans lesquels les patients, pendant leur traitement au moyen d'interventions de gestion de soi-même, bénéficient du soutien bref mais régulier de thérapeutes ou de coaches par e-mail. Les approches d'entraide encadrées par des thérapeutes se sont avérées aussi efficaces que les thérapies en cabinet de consultation pour

différents types de troubles et de problèmes. Les programmes d'entraide sans soutien thérapeutique sont typiquement associés à des pourcentages d'abandon supérieurs et à une efficacité réduite. Peu d'études sont disponibles au sujet des thérapies par e-mail, par chat ou par vidéo. En ce qui concerne les « blended treatments » aussi, autrement dit la combinaison entre les interventions en face à face et celles en ligne, il existe encore peu de données probantes empiriques solides.

- Les interventions basées sur internet présentent des caractéristiques qui comportent à la fois des **avantages et des inconvénients**. Parmi les principaux avantages, on peut citer la diffusion facile et à moindres coûts des interventions et la réduction des barrières entravant l'accès aux interventions de psychologie fondées sur les données probantes. Les interventions basées sur internet ont ainsi le potentiel de contenir le déficit de soins dans le domaine psychosocial et de réduire les taux d'incidence et de prévalence dans la population. Le respect de la protection des données fait également partie des principaux défis à relever, tout comme la prise en charge des patients qui traversent des crises aiguës et le fait que l'identité et les qualifications des prestataires ne sont pas assurées, ce qui facilite la diffusion des offres au professionnalisme douteux. Les caractéristiques et critères de qualité des interventions basées sur internet qui ont été élaborés par les différentes associations professionnelles se rapportent donc essentiellement à la gestion de ce risque.
- D'un point de vue **juridique**, de nombreuses questions doivent encore être clarifiées. Le caractère admissible d'un traitement de psychiatrie et de psychothérapie à distance sous l'angle du droit professionnel et de la responsabilité est au cœur du débat juridique. Dans les deux perspectives, il faut différencier le traitement à distance intermédiaire et celui exclusif. Tant sous l'angle du droit professionnel que sous celui du droit de la responsabilité, un traitement à distance exclusif, autrement dit une intervention qui s'appuie sur un « diagnostic à distance » et a lieu sans aucun contact en face à face, doit être considéré comme problématique. Même si, selon l'interprétation des codes de déontologie en vigueur actuellement, le traitement à distance exclusif est autorisé dans des cas exceptionnels, cette forme de thérapie comporte le risque déterminant du point de vue du droit de la responsabilité de passer à côté de résultats objectifs et d'orienter le traitement dans la mauvaise direction en raison

de l'absence de contact immédiat. Un traitement à distance intermédiaire, c'est-à-dire lorsque le médecin ou le psychothérapeute connaît personnellement le patient dans le cadre du traitement en cours et que son intervention ne s'appuie pas sur un diagnostic à distance, est en général considéré comme légalement admissible.

- Malgré les résultats très prometteurs de la recherche, les interventions basées sur internet, tout au moins dans l'espace germanophone, n'ont **pas encore été mises en œuvre dans les soins ordinaires à ce jour**. Cela peut s'expliquer par une absence de remboursement des coûts des interventions correspondantes. Dans des pays tels que la Suède, les Pays-Bas, la Grande-Bretagne et l'Australie, où les coûts de cette nouvelle forme de traitement sont pris en charge par les caisses-maladie ou les institutions étatiques, l'application courante est déjà plus répandue. Il convient d'observer que des domaines d'application d'interventions basées sur internet ne se limitent pas au milieu psychiatrique et psychothérapeutique. Les interventions basées sur internet dans le domaine de la psychologie se sont déjà avérées très prometteuses dans la promotion de la santé et la prévention, la médecine de premier recours, le suivi et la réadaptation et auprès des groupes de patients somatiques ayant des problèmes et troubles psychiques comorbides.

Même si les interventions basées sur internet se sont avérées efficaces dans de très nombreuses études, de très nombreuses questions sont actuellement en suspens. La manière dont les interventions internet peuvent et doivent être mises en œuvre durablement à l'avenir dans les soins courants est une question importante. Ici, les conditions cadres juridiques mentionnées, les questions sur la sécurité des patients, mais aussi les résultats empiriques indiquant que les interventions internet sont plus efficaces dès lors qu'elles comportent un contact avec les thérapeutes, indiquent que les formes mixtes, autrement dit à la combinaison entre les thérapies en ligne et celles dans le cabinet de consultation, représente le scénario d'avenir le plus probable. Cela confirme aussi à l'appréciation de nombreux experts dans le domaine des interventions basées sur internet (Andersson, 2016). Dans ce contexte, les technologies modernes ne doivent plus servir à remplacer les thérapeutes ou les médecins, mais doivent permettre de faire plus avec moins pour les patients. Si des applis et des programmes validés empiriquement sous des formes mixtes sont utilisés, ce type de traitement ne se

différencie pas non plus au final des traitements déjà établis tels que les thérapies médicamenteuses dans lesquelles, une fois que le diagnostic a été établi personnellement et que les médicaments ont été prescrits, une attention est entre-temps portée sur la survenance d'effets secondaires ou la détérioration de l'état de santé, ainsi que sur les signes de succès thérapeutique ou leur absence. C'est pourquoi de nouvelles études devraient à l'avenir être réalisées sur ces formes mixtes précisément.

Il convient également de se demander pour quels patients les offres basées sur internet sont particulièrement prometteuses, et pour qui elles ne le sont pas. Les effets moyens comparables des interventions en ligne et en face à face montrent que certains patients profitent mieux des interventions en face à face tandis que les interventions en ligne sont plus utiles à d'autres. A ce jour toutefois, on sait encore trop peu de choses sur les prédicteurs et les modérateurs du succès thérapeutique.

Dans l'ensemble il convient d'observer que les interventions basées sur internet et fondées sur les données probantes, en l'état actuel des connaissances, complètent judicieusement les thérapies existantes. Elles ne remplaceront pas les approches thérapeutiques traditionnelles, mais pourront élargir de multiples manières l'offre de soins psychosociale. Utilisées de manière responsable, les interventions basées sur internet présentent la capacité de réduire les taux de prévalence et d'incidence élevés des troubles psychiques dans la population (Kazdin & Blase, 2011).

8. Références

- Almer, S. (2008). Das Fernbehandlungsverbot als rechtliche Grenze im Einsatz Neuer Medien in der psychosozialen Versorgung. In S. Bauer & H. Kordy (Eds.), *E-Mental-Health* (pp. 13-17). Berlin: Springer.
- Andersson, G. (2016). Internet-Delivered Psychological Treatments. *Annu Rev Clin Psychol*, *12*, 157-179.
- Andersson, G., Carlbring, P., Berger, T., Almlöv, J., & Cuijpers, P. (2009). What makes Internet therapy work? *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*, 55-60.
- 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.
- Andersson, G., & Hedman, E. (2013). Effectiveness of Guided Internet-Based Cognitive Behavior Therapy in Regular Clinical Settings. *Verhaltenstherapie*, *23*, 140-148.
- Andersson, G., Paxling, B., Roch-Norlund, P., Ostman, G., Norgren, A., Almlöv, J., & Silverberg, F. (2012). Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral

- guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 81(6), 344-355.
- BAG (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Barak, A., Klein, B., & Proudfoot, J. G. (2009). Defining internet-supported therapeutic interventions. *Ann Behav Med*, 38(1), 4-17.
- Bauer, S., Okon, E., Meermann, R., & Kordy, H. (2012). Technology-enhanced maintenance of treatment gains in eating disorders: efficacy of an intervention delivered via text messaging. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 80(4), 700-706.
- 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. (2015). *Internetbasierte Interventionen bei psychischen Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Berger, T., Boettcher, J., & Caspar, F. (2013). Internet-Based Guided Self-Help for Several Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial Comparing a Tailored With a Standardized Disorder-Specific Approach. *Psychotherapy (Chic)*, 207-219.
- Berger, T., & Caspar, F. (2011). Internetbasierte Psychotherapie. *Psychiatrie und Psychotherapie up2date*, 5, 29-43.
- Berger, T., Caspar, F., Richardson, R., Kneubühler, B., Sutter, D., & Andersson, G. (2011b). Internet-based treatment of social phobia: A randomized controlled trial comparing unguided with two types of guided self-help. *Behaviour Research Therapy*, 49, 158-169.
- Berger, T., Egli, C., Eidenbenz, F., Flury-Sorgo, A., Lang, J., & Volkart, A.-C. (2006). Qualitätskriterien für psychologische Angebote im Internet. Kommission für Online Beratung der Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen.
- Berger, T., Haemmerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011a). Internet-based treatment of depression: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behaviour Therapy*, 40, 251-266.
- 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.
- Carlbring, P., Maurin, L., Torngren, C., & al., e. (2011). Individually-tailored internet-based treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 18-24.
- 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.
- 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.
- Donker, T., Bennett, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuijpers, P., . . . Griffiths, K. M. (2013). Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive

- symptoms: Randomized controlled noninferiority trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(5), 146-161.
- Ebert, D., Tarnowski, T., Gollwitzer, M., Sieland, B., & Berking, M. (2013). A transdiagnostic Internet-based maintenance treatment enhances the stability of outcome after inpatient cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82(4), 246-256.
- Ebert, D. D., Buntrock, C., & Cuijpers, P. (2016). Online Intervention for Prevention of Major Depression--Reply. *JAMA*, 316(8), 881-882.
- Ebert, D. D., Donkin, L., Andersson, G., Andrews, G., Berger, T., Carlbring, P., . . . Cuijpers, P. (2016). Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychol Med*, 46(13), 2679-2693.
- Eichenberg, C., & Kienzle, K. (2013). Psychotherapeuten und Internet. Einstellung zu und Nutzung von therapeutischen Onlineangeboten im Behandlungsalltag. *Psychotherapeut*, 58(5), 485-493.
- Emmelkamp, P. M. G., David, D., Beckers, T., Muris, P., Cuijpers, P., Lutz, W., . . . Vervliet, B. (2014). Advancing psychotherapy and evidence-based psychological interventions. *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 23(Suppl. 1), 58-91.
- Frischknecht, E., Berger, T., Stalder-Luthy, F., Znoj, H., Hofer, H., Id, & Berger, T. O. h. o. o. (2014). OSCAR-An internet-based supportive coaching for informal caregivers of adult individuals with an acquired brain injury: Pilot study. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 25(2).
- Hedman, E., Furmark, T., Carlbring, P., Ljótsson, B., Rück, C., & al., e. (2011). Five-year follow-up of internet-based cognitive behaviour therapy for social anxiety disorder. *Journal of Medical Internet Research*, 13(e39).
- Hedman, E., Ljotsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*, 12, 745-764.
- Holländare, F., Johnsson, S., Randestad, M., Tillfors, M., Carlbring, P., Andersson, G., & al., e. (2011). Randomized trial of Internet-based relapse prevention for partially remitted depression. *Acta Psychiatr Scand*, 124(4), 285-294.
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12, 861-870.
- Joint Task Force for the Development of Telepsychology Guidelines for, P. (2013). Guidelines for the practice of telepsychology. *Am Psychol*, 68(9), 791-800.
- 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.
- Kessler, D., Lewis, G., Kaur, S., Wiles, N., King, M., Weich, S., . . . Peters, T. J. (2009). Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet*, 374(9690), 628-634.
- Kleiboer, A., Smit, J., Bosmans, J., Ruwaard, J., Andersson, G., Topooco, N., . . . Riper, H. (2016). European COMPARative Effectiveness research on blended Depression treatment versus treatment-as-usual (E-COMPARED): study protocol for a randomized controlled, non-inferiority trial in eight European countries. *Trials*, 17(1), 387.

- Klein, J. P., Berger, T., Schroder, J., Spath, C., Meyer, B., Caspar, F., . . . Hohagen, F. (2016). Effects of a Psychological Internet Intervention in the Treatment of Mild to Moderate Depressive Symptoms: Results of the EVIDENT Study, a Randomized Controlled Trial. *Psychother Psychosom*, *85*(4), 218-228.
- Klein, J. P., Gerlinger, G., Knaevelsrud, C., Bohus, M., Meisenzahl, E., Kersting, A., . . . Hauth, I. (2016). Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. Überblick, Qualitätskriterien, Perspektiven. *Nervenarzt*, *87*(11), 1185-1193.
- Krieger, T., Meyer, B., Sude, K., Urech, A., Maercker, A., & Berger, T. (2014). Evaluating an e-mental health program ("deprexis") as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: design of a pragmatic randomized controlled trial. *Bmc Psychiatry*, *14*.
- Kroenke, K., Theobald, D., Wu, J., Norton, K., Morrison, G., Carpenter, J., & Tu, W. (2010). Effect of telecare management on pain and depression in patients with cancer: a randomized trial. *JAMA*, *304*, 163-171.
- Ly, K. H., Topooco, N., Cederlund, H., Wallin, A., Bergstrom, J., Molander, O., . . . Andersson, G. (2015). Smartphone-Supported versus Full Behavioural Activation for Depression: A Randomised Controlled Trial. *PLoS One*, *10*(5), e0126559. doi:10.1371/journal.pone.0126559
- 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).
- Oswald, C. (2001). Ärztliche Beratung via Internet. *Schweizerische Ärztezeitung*, *82*(42), 2230-2236.
- Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, *32*(4), 329-342.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *J Clin Psychol*, *60*(3), 269-283.
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative effects of internet interventions: a qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. *Cogn Behav Ther*, *44*(3), 223-236.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N., & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- 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.
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., . . . Künzi, K. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Titov, N., Andrews, G., Johnston, L., Robinson, E., & Spence, J. (2010). Transdiagnostic Internet treatment for anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, *48*(9), 890-899.
- van Bastelaar, K., Cuijpers, P., Pouwer, F., Riper, H., & Snoek, F. J. (2011). Development and reach of a web-based cognitive behavioural therapy programme to reduce

symptoms of depression and diabetes-specific distress. *Patient Education and Counselling*, 84(1), 49-55.

Vernmark, K., Lenndin, J., Bjärehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, 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. *Behav Res Ther*, 48(2010)(5), 368-376.

Wilhelm, F., & Pfaltz, M. C. (2009). Neue Technologien in der Psychotherapie. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 767-798). Heidelberg: Springer.