

Le magazine de la SSPP et de la SSPPEA

- 3 -

Virtual vs. réel

Détection précoce des cyberaddictions chez les jeunes

- 6 -

Internet et cabinet

Blended therapy: un potentiel en jachère

- 8 -

Opportunités et risques

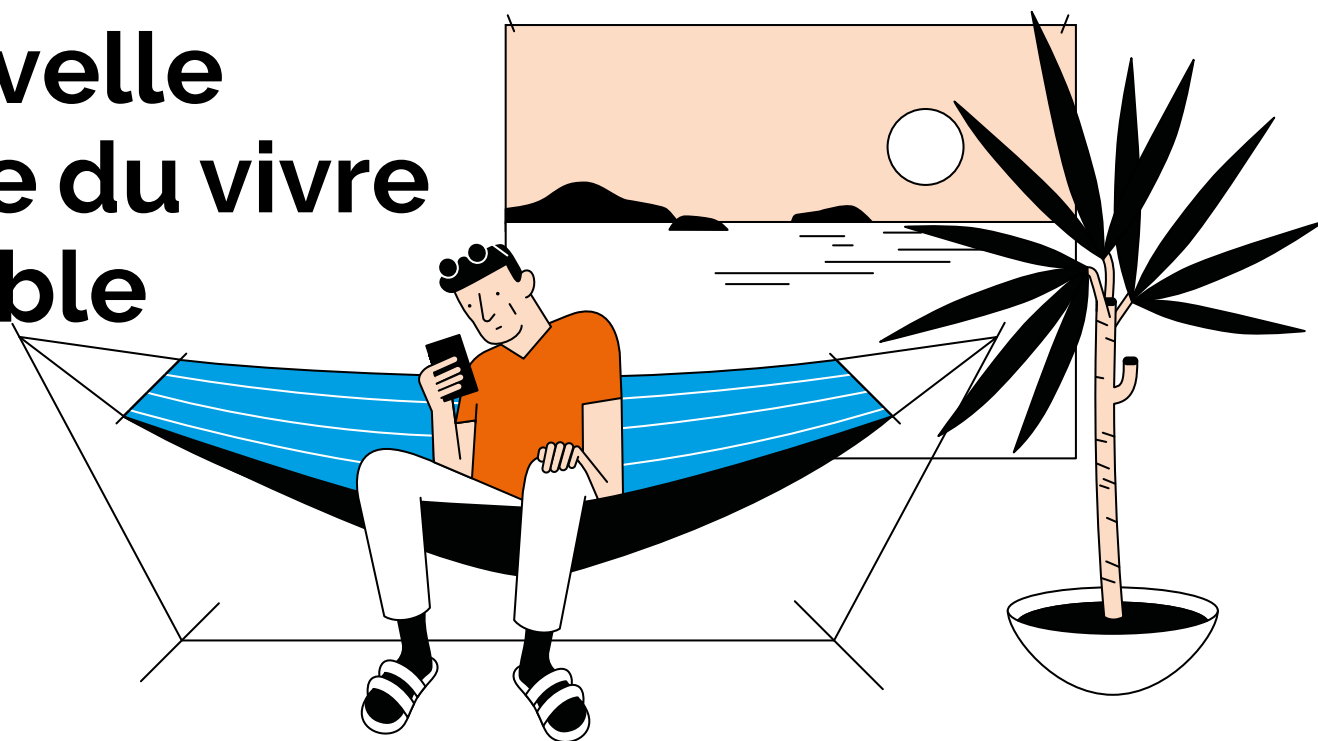
Utiliser judicieusement le big data en psychiatrie

- 10 -

Association «Delta»

Psychiatre sans frontières: Monika Müller

La nouvelle matrice du vivre ensemble



La numérisation transforme fondamentalement le social. Comment cette césure impacte-t-elle la psyché? Les mécanismes et la puissance d'attraction des médias sociaux en particulier influencent la relation à soi et au monde extérieur. La représentation de la normalité et de la pathologie s'en trouve modifiée.

Auteure: Vera King
Illustrations: Anja Wicki

Les transformations technologiques et culturelles allant de pair avec la numérisation sont extrêmement rapides, prennent des formes diverses, et leurs conséquences ne sont pour l'instant que partiellement prévisibles. Elles modifient la production, la consommation, le travail et les loisirs, les relations et les développements individuels. La potentielle connexion en ligne plus ou moins permanente n'est pas du seul fait

de nombreux adolescents et adolescentes. Partant, les pratiques numériques relativisent inévitablement pour partie la primauté du monde social non numérique. Lorsque la communication et la présence physique se séparent, ce qui est lointain se rapproche, peut être vécu médiatiquement, alors que ce qui est proche peut perdre en importance. En superposant, parallélisant et fragmentant la communication en ligne et hors ligne, la numérisation de la société forme en quelque sorte aussi une nouvelle matrice culturelle du

vivre ensemble et du développement des enfants, des adolescents et des adultes, créant ainsi des conditions nouvelles pour la culture et la psyché.

Une interdépendance nouvelle entre l'affect et la cognition

Accès rapide et simple à la connaissance, les médias sociaux sont devenus incontournables pour l'information et l'optimisation des processus. Ils permettent en outre de se connecter sans limites ou de multiplier ce qui nous est propre: être potentiellement partout en

contact avec autrui et impliqués dans des événements. Saisir son smartphone s'intègre ainsi naturellement dans de nombreux processus revêtant des significations très diverses: consulter ou acheter quelque chose rapidement peut faire partie de l'attente de la réponse d'un collègue; envoyer des messages privés peut être lié à une recherche sur les médias sociaux ou à la lecture des dernières actualités. Constamment jeter un coup d'œil aux messages entre deux activités dans l'espoir de recevoir une bonne nouvelle peut devenir un moyen de faire face à l'inquiétude, mais précisément aussi de la provoquer. Le contact permanent, comme moyen de vaincre les peurs, tient ces dernières pourtant en éveil dans le même temps. Le réseau peut servir de soupape à la colère, mais celle-ci y trouve toujours de nouveaux déclencheurs médiatiques.

Déplacements de l'attention – le nouvel espace intérieur

Les médias sociaux fidélisent leurs utilisateurs. Être aussi irrésistible que possible est l'objectif produit de toute campagne de marketing et le but de l'optimisation des algorithmes pour obtenir le plus de données possible. Et aucune entreprise, aucune organisation, aucun acteur, tributaire de résonance ne peut se permettre de ne pas participer à la concurrence en ligne pour l'attention. Cette force de cohésion des pratiques et des promesses numériques possède en outre un revers extrêmement lourd de conséquences dans la mesure où, en complément, elle prive d'attention les événements du monde réel. De ce fait, les relations modifient leur structure et leur dynamique, les formes de l'être ensemble et de l'être séparé, de l'être là ou là-bas, du contact et de l'adieu, de l'intimité et de la distance.

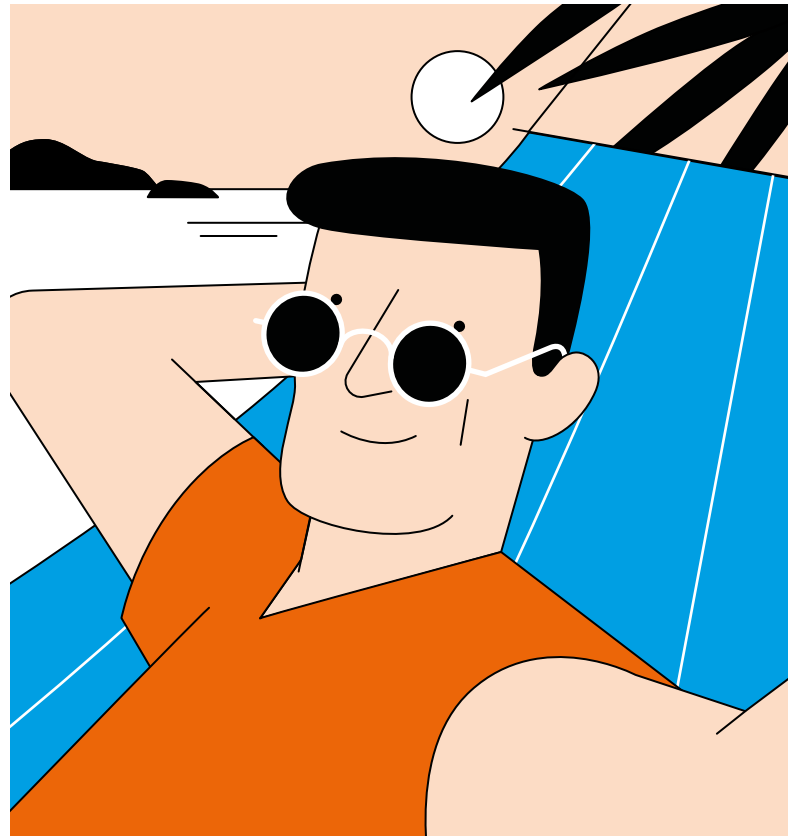
Des entretiens avec des adolescents montrent par exemple que les journées se déroulent dans un cadre typique: se connecter le matin et le rester, d'une manière ou d'une autre, toute la journée

jusqu'à l'endormissement. La fréquente domination de l'attention accordée aux rapports en ligne ne s'illustre entretemps non plus seulement dans la durée, mais aussi dans les déplacements de ce qui est important. Sur le plan émotionnel aussi, les événements du monde réel semblent souvent plutôt secondaires, avec des conséquences sur ce qui est perçu comme monde intérieur et extérieur. Les relations de proximité corporelle et sentimentale en ligne sont souvent vécues comme une partie du monde intérieur, alors que le monde extérieur, hors connexion, fait dans une certaine mesure plutôt office de matière pour le monde intérieur connecté. Comme une adolescente a décrit une phase en ligne intensive, il ne s'agit parfois plus que «du fait que je poste quelque chose, de quelle manière que ce soit et que je veux absolument avoir des commentaires – et du fait qu'à ce moment-là je n'ai d'une certaine façon plus vraiment vécu la vie».

Lors de ces déplacements, les représentations internes du Soi et de l'autre peuvent se transformer. La régulation de l'affect se modifie aussi: œil, doigts et média sont étroitement liés et impliqués sur le plan affectif. Notamment lors de tentatives de réguler la perception de l'estime de soi en postant dans l'espoir d'obtenir des likes ou des followers. La fusion étroite de la vue, du toucher, du click fait naître une sorte de nouvel espace intérieur, pouvant être vécu comme noyau intime de soi ou de relations proches. Dans le même temps, les pratiques sont souvent numériquement publiques. En outre, les adolescents expriment les contraintes sociales: rester, attirer l'attention, se présenter à son avantage dans une constante comparaison.

Valorisation et honte au sein de cercles de comparaison et d'optimisation qui jaugent

Les désirs d'être vu et d'être bien perçu sont des motifs centraux de l'attachement aux médias numériques et du déplacement des attentions. Les adolescents ne sont pas



Les désirs d'être vu et d'être bien perçu, sont des motifs centraux de l'attachement aux médias numériques et du déplacement des attentions.

Vera King

les seuls concernés, même s'ils sont particulièrement réceptifs et que leurs développements s'en trouvent influencés. Chez les adultes, il s'agit d'autres contenus et d'autres horizons de comparaison, mais ils sont également influencés, acteurs et personnes concernées, par la mutation numérique culturelle et psychique dans la culture de la comparaison et de l'optimisation vécue de manière ambivalente.

Les formats des médias sociaux renforcent la pression de l'optimisation et la concurrence autour du statut, de l'attention et de la validation. Mesurer et rendre transparents pour autrui les quotas numériques ou le nombre de likes, les chiffres de vente ou de followers fait naître une nouvelle pratique

culturelle de la comparaison permanente. Pour nombre de personnes, ce classement chiffré constitue une base pour déterminer leur propre position sociale, alors même que l'horizon de comparaison est illimité. Beaucoup décrivent leur souffrance lorsqu'ils sont en mauvaise position par rapport à d'autres personnes choisies. Pourtant, et précisément pour cette raison, les comparaisons sur les médias sociaux – qui peuvent être poussées toujours plus loin – exercent souvent une force d'attraction irrésistible.

En ce sens, les opportunités des médias sociaux favorisent un cercle perpétuel d'attentes et de déceptions; dans ce contexte, les sentiments d'estime de soi deviennent dépendants de signaux externes comme des likes ou des followers. Le média renforce cette boucle infinie, d'une part en promettant la satisfaction de trouver ce qui est juste et optimal ou d'être trouvé, et d'autre part en frustrant en permanence les utilisateurs. Il en résulte une sorte de double honte: une fois parce que les résultats sont mauvais, lorsque la propre substituabilité se présente, mais aussi la honte de la dépen-

dance marquée de l'estime de soi à ces pratiques. Ce d'autant plus lorsqu'il s'agit de la production de paraître sur les médias sociaux souvent relatée par les adolescents et les adultes – de la mise en scène de soi enjolivée des autres, mais aussi de sa propre présentation. Concomitantes, l'aliénation personnelle et la honte donnent naissance à de nouveaux dénuelements et à la pression. Partant, les ambivalences et les gênes augmentent parallèlement à l'intensité souvent croissante de l'utilisation.

Culture et psyché dans le changement numérique

Souligner les bénéfices de la numérisation n'est guère nécessaire. La pandémie de coronavirus n'est pas seule à avoir illustré à quel point le monde social bénéficie des opportunités numériques. Des potentiels productifs inexploités existent par ailleurs sur le plan technique. En parallèle, il convient d'analyser en détail les nouveaux enjeux et constellations du point de vue de leurs conséquences. Les significations modifiées de l'espace et du temps, de l'absence et de la présence, de la proximité et de la distance, ont des conséquences culturelles et psychiques particulières, liées à l'omniprésence des formes de communication numériques qui peuvent en tout temps pénétrer la sphère intime.

Les formats numériques modifient ainsi les constructions des relations par le biais des potentiels productifs et improductifs. Les formats numériques déplacent également de façon intrapsychique les perceptions du monde intérieur et du monde extérieur. L'énorme force de cohésion des médias sociaux génère en partie ces déplacements et les intensifie pour partie aussi. Numériquement renforcée, la logique d'optimisation génère des dépendances des évaluations d'autrui sur les réseaux. Immensément élargi, l'horizon de la comparaison aux yeux de tous influe sur la régulation de l'estime de soi. Mais de nouvelles conditions et enjeux existent également pour la sépara-

tion et le lien. La numérisation a encore augmenté la superposition du temps dédié à la famille et du temps de travail, rendant constamment nécessaire de négocier ce qui appartient à quoi et quand se déconnecter.

En outre, les médias numériques peuvent à la fois permettre, voire suggérer, de combler à tout moment la séparation, et changer à tout moment de contexte relationnel. Ce sont des avantages auxquels la plupart des gens recourent en permanence, et de nombreux adolescents sont des virtuoses du changement de registre. Les possibilités numériques sont également au service des mécanismes de défense: évitement de séparation par une présence constante en ligne, ou, en complément, rejet de l'engagement et de la rencontre, notamment par d'incessants aller-retours entre la présence en ligne et hors-ligne participe d'une pratique normale partagée par tous. Et plus les mondes numériques déterminent de manière quasi omniprésente le quotidien, plus les mécanismes et les forces d'attractions liées agissent – générant sur le plan culturel et psychique individuel des significations également nouvelles de normalité et de pathologie.

Cet article a initialement été publié dans le magazine «Die politische Meinung (67. Jahrgang, Nr. 573, April 2022)» et a été adapté pour la présente publication.

Références:

King, V. & Gerisch, B. (Hg.) (2019): Digitalisierung. Folgen für Kultur und Psyche. Doppelheft der Zeitschrift PSYCHE 73 (9/10).
King, V., Gerisch, B., Rosa H. (Hg) (2021): Lost in Perfection. Zur Optimierung von Gesellschaft und Psyche. Berlin: Suhrkamp.
King, V. (2022): Sozioanalyse. Zur Psychoanalyse mit Pierre Bourdieu.



Prof. Dre Vera King, professeure de sociologie et de psychologie sociale à la Goethe-Universität de Frankfurt et directrice générale du Sigmund-Freud-Institut Frankfurt am Main.

Éditorial

En tant que psychiatres, nous devrions comprendre toutes les dimensions de la notion de «numérisation». Quelles sont par exemple les conséquences sociales et psychiques de la comparaison et de l'optimisation permanentes qui, avec les pratiques numériques, atteignent des dimensions insoupçonnées? Comment les médias numériques modifient-ils la régulation de l'estime de soi et quelles nouvelles dépendances créent-ils?

Nous abordons ces questions dans ce magazine. Nous ne cédon pas à un déterminisme qui met au même niveau le progrès technique et le progrès social. Pas plus que nous persistons dans une position de critique à l'égard de la technologie et de pessimisme culturel.

Partant, nous mettons également en lumière les nouvelles opportunités dans le setting de la prise en charge, et nous examinons le potentiel que présentent pour la psychiatrie les analyses de données. Mais une grande prudence est également de mise dans notre discipline: le vécu subjectif et la souffrance ne sauraient être saisis sur la seule base de modèles statistiques sans encourir des erreurs de diagnostic ou une psychiatrisation d'un comportement problématique. En revanche, utilisées de manière responsable, les analyses du big data peuvent livrer des informations complémentaires importantes.

Vous trouvez anachronique un magazine papier dédié à la «psychiatrie numérique»? Nous espérons que sa lecture saura vous convaincre du contraire.

Dre méd. Fulvia Rota (SSPP)
Co-présidente de la FMPP

Prof. Dr méd. Alain Di Gallo (SSPPEA)
Co-président de la FMPP

Détection précoce d'une cyberaddiction

Quel impact la disponibilité permanente des smartphones et d'Internet a-t-elle sur les enfants et les adolescent·e·s? Voilà une question qui est fréquemment posée aux psychiatres. Or les technologies évoluent très rapidement et les jeunes de la société numérique post-moderne présentent des comportements jusqu'à présent inédits. Signes permettant de détecter de manière précoce un comportement numérique problématique et possibilités d'interventions.

Auteur: Oliver Bilke-Hentsch
Photo: photocase

Si l'on se base sur les études épidémiologiques dans l'espace allemand et européen (étude PINTA; étude SEYLE), on peut partir du principe qu'environ 10-12% des enfants et adolescent·e·s présentent un comportement problématique en termes de consommation numérique (pourcentage un peu plus élevé chez les filles). 1,5% à 3% des jeunes présenteraient un comportement addictif au sens strict. Ces taux peuvent paraître relativement faibles, mais dans l'absolu cela concerne, rien qu'en Suisse, quelque 20 000 mineur·e·s. Comme avec d'autres phénomènes de risque associés plus particulièrement à l'adolescence, la prévalence des troubles liés à la consommation numérique diminue de manière générale à l'âge adulte. Certain·e·s patient·e·s ne parviennent cependant pas à entrer dans la vie professionnelle ou les études et restent bloqué·e·s dans un monde virtuel parallèle.

Diagnostic

Dans le cadre d'une anamnèse standard avec des enfants ou des adolescent·e·s, on manque souvent du temps nécessaire pour réaliser une anamnèse de qualité sur la consommation numérique. Il existe cependant quelques thèmes clés qui peuvent être explorés aisément dans la pratique clinique au quotidien. Par ailleurs, il est possible d'utiliser des questionnaires simples, tels que l'AICA-C, lesquels se prêtent souvent mieux que l'entretien personnel pour définir le comportement des jeunes. Il est également utile de questionner de manière systématique et ciblée les critères du «Internet-Gaming-Disorder», soit sur la base de la 5e édition du manuel diagnostique et statistique soit sur celle de la CIM-11, en utilisant des questionnaires standardisés tels que l'AICA-IBS. En outre, les psychiatres devraient demander à l'adolescent·e quelles sont ses habitudes en matière de navigation sur le web. «Faire des recherches»

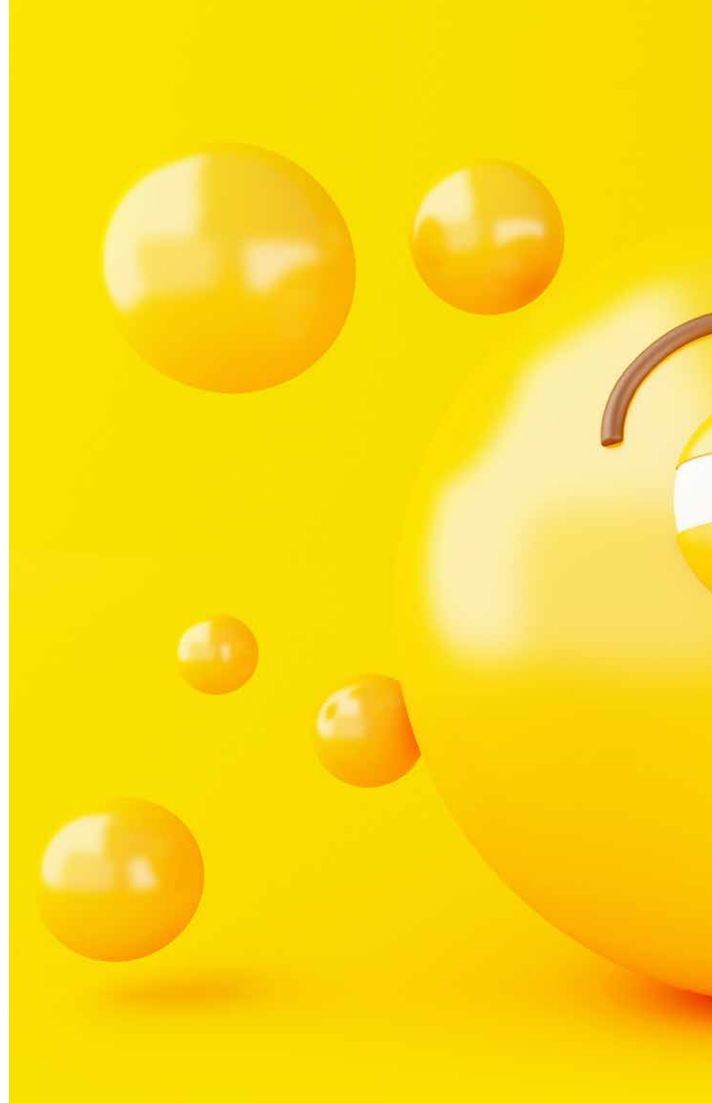
pendant des heures, «surfer sans fin» ou d'autres activités chronophages entrent généralement en conflit avec des tâches de développement (apprendre pour un contrôle de mathématiques, etc.) et suscitent des tensions importantes au sein des familles. Dans la pratique, on pourrait aussi se demander s'il convient de confier l'examen de l'anamnèse spécifique aux habitudes numériques à un·e assistant·e qui a peut-être un rapport plus facile avec l'enfant ou l'adolescent·e. Les parents ont souvent une capacité limitée en ce qui concerne l'apport d'information sur ce point puisqu'ils ne connaissent généralement pas les habitudes de consommation numérique de leur enfant (ou que celles-ci leur sont cachées) compte tenu de la problématique des smartphones.

Classification et catégorisation

Chez les enfants et les adolescent·e·s qui souffrent de troubles psychiques, le schéma multiaxial de classification des troubles psy-

chiques chez l'enfant et l'adolescent·e (MAS), tiré de la CIM-10 de l'OMS, un instrument établi et qui a fait ses preuves, reste le fondement pour l'ensemble des diagnostics. Il s'agit tout d'abord de déterminer le type de pathologie de fond. A ce sujet, la classification développée par Kimberley Young en 1999 déjà (éventuellement dans sa version abrégée) fait ses preuves depuis bientôt 20 ans. Dans une première étape, il convient de déterminer le type d'utilisation numérique du·de la patient·e. On distingue sommairement entre les types d'utilisation interne et externe et entre les types d'utilisation en individuel ou dans des situations publiques. En ce qui concerne le gaming (pratique des jeux en ligne), la typologie des profils de joueuse est très utile pour déterminer dans une deuxième étape dans quelle catégorie entre l'adolescent·e.

Cette catégorisation sommaire suffit dans la pratique au quotidien pour distinguer une utilis-





tion de jeux de combat ou de stratégie caractérisée par des phases de jeu intenses, mais passagères du basculement dans un univers en ligne concentré sur les réseaux sociaux, soit un monde imaginaire totalement à part de la réalité qui, lui, recèle un caractère hautement addictif. Il faut clairement faire une différence entre, d'une part, les jeux problématiques sur le plan éthique ou ceux qui n'intéressent simplement pas les adultes et qui sont chronophages en soi et, d'autre part, les activités liées aux réseaux sociaux qui activent spécifiquement le système de récompense individuel potentiellement déjà affecté par un trouble psychique par des comparaisons continues pouvant représenter une vraie torture pour les personnes concernées. Ce type d'activités tire les jeunes, et en particulier les adolescentes, pas à pas dans un univers parallèle de dépression.

Conseil et thérapie

Dans tous les cas, le plan de traitement repose sur la question diagnostique: dans quel but? Il ne s'agit pas de chercher l'origine de la problématique (pourquoi ou comment en est-on arrivé là?) mais d'utiliser les médias modernes de manière ciblée pour gérer ses émotions ou faire face à des conflits interpersonnels désagréables. Dès lors que ces fonctions sont identifiées, les approches thérapeutiques apparaissent généralement d'elles-mêmes, de manière logique. Le modèle i-PACE sur les cyberaddictions constitue une ressource précieuse dans ce cadre.

Différentes thématiques de développement qui peuvent se recouper dans la pratique sont abordées en trois phases de traitement (abstinence, clarification de la fonctionnalité, réorientation). Les fondements du traitement des adolescent·e·s présentant une addiction aux jeux en ligne ou aux réseaux sociaux sont les suivants:

- fournir des conseils concernant des aspects proches de la vie de l'adolescent·e;
- établir un plan de traitement réaliste, basé sur des objectifs pragmatiques;
- établir un lien avec des groupes de pairs;
- identifier des rôles de modèle adaptés à l'âge de l'adolescent·e et axés sur une approche pro-sociale;
- adopter une approche fondamentale axée sur la salutogénèse et les ressources personnelles;
- développer des connaissances sur les changements sociaux, notamment sur la numérisation;
- offrir une aide psychosociale lors des différentes phases de transition.

Par ailleurs, il est important de considérer le comportement numérique de la manière la plus objective possible et de développer la prise de conscience des personnes concernées quant à leur problème. Il convient en outre de viser certains changements au niveau du comportement, mais aussi au niveau du vécu du «monde hors ligne», et de renforcer de manière générale les compétences en matière d'utilisation des ressources numériques et de majorité numérique.

Dans les cas de dépendance légère ou de phases passagères, un conseil médical est souvent suffisant si l'on arrive à saisir le bon moment (le «teachable moment») et à convaincre le·la jeune et sa famille de la gravité potentielle de la problématique. Le contexte des baisses de performance à l'école ou l'apparition de problèmes d'ordre physique ou social sont généralement propices à une prise en compte de conseils. Dans ces cas de figure, renvoyer les personnes concernées vers des offres telles que celles de la ZHAW ou de services de conseil en matière d'éducation ou de consommation de drogues ou par des entreprises de télécommunication peut également se révéler judicieux. Le point de vue du diagnostic différentiel

est cependant aussi utile dans ces situations: l'enfant ou l'adolescent·e dissimule-t-il·elle éventuellement par son cybercomportement pathologique d'autres difficultés, et ce comportement lui permet-il·elle de détourner l'attention de celles-ci, par exemple dans le contexte familial? Il est donc capital d'envisager les possibilités de comorbidités.

Les cas d'addiction modérée ou lorsque s'alternent des phases de consommation numérique intense et de repli total avec des phases de consommation des médias plutôt pro-sociale et utile sont plus complexes à traiter. Les formes sévères et chroniques, caractérisées par le fait de jouer de nombreuses heures par jour pendant plusieurs mois d'affilée et par l'arrêt total des activités hors ligne au profit des réseaux sociaux ne peuvent de fait être traitées que dans le cadre d'un séjour hospitalier. Ici, il s'agit de commencer le traitement par une phase d'abstinence (ce qui n'est pas un objectif thérapeutique adapté à long terme), pour identifier de manière adéquate à quel point les personnes concernées sont enlisées dans leur monde virtuel.

Enfin, il est utile de différencier les phénomènes sociaux ou sociologiques généraux et les cas véritablement problématiques sur le plan clinique, lesquels sont, heureusement, rares.

* Les tableaux mentionnés sont disponibles ici: www.sgkjpp.ch/fr/cyberaddiction



Dr Oliver Bilke-Hentsch, MBA LL.M., médecin-chef au sein du service de psychiatrie pour enfants et adolescent·e·s de Lucerne (LUPS) et président de l'Association suisse des médecins-chef·fe·s en psychiatrie des enfants et des adolescent·e·s (AMCPEA).

Blended therapy: un potentiel considérable en jachère

La combinaison d'une intervention en ligne et d'un traitement en tête-à-tête, un dispositif également connu sous le nom de «blended therapy», s'annonce prometteuse, car elle permet des traitements plus flexibles et efficaces, ainsi qu'une meilleure continuité dans le suivi. Mais la Suisse n'est encore qu'au début de cette évolution.

Auteurs: Laura Luisa Bielinski et Thomas Berger
Photo: photocase, Portraits: Luca Christen



Sous certaines conditions, les interventions en ligne permettent d'optimiser la conventionnelle thérapie en tête-à-tête.

«Le meilleur de deux mondes»: voilà comment est décrite la blended therapy dans la littérature sur le sujet. Mais que signifie cette notion, et en quoi mérite-t-elle notre attention? En réalité, les interventions en ligne destinées aux personnes souffrant de troubles psychiques existent déjà depuis un certain temps. Cela fait même plusieurs décennies que leur efficacité est prouvée. L'intérêt croissant pour ces formes de traitement et la volonté de chercher à mieux les intégrer dans la pratique quotidienne ont cependant bénéficié d'un nouvel essor important pendant la pandémie de COVID-19.

Les interventions en ligne ayant fait l'objet du plus grand nombre de recherches sont les approches d'auto-assistance (self-help), sous forme guidée ou non. Dans ces types d'approches, les patient·e·s travaillent généralement avec des programmes concernant un trouble spécifique et qui reposent le plus souvent sur l'approche de la thérapie cognitivo-comportementale. Ces programmes contiennent beaucoup d'éléments de psycho-éducation, avec des informations sur les troubles en question, ainsi que des indications textuelles, audio ou vidéo sur les exercices à pratiquer.

Fonctionnement et impact de la blended therapy

Selon différents psychiatres pratiquant des traitements mixtes, cette approche présente un intérêt particulier. Il s'agit de la combinaison d'une intervention en ligne et d'un traitement en tête-à-tête, et cette combinaison peut prendre différentes formes. Par exemple, on peut recourir à une intervention en ligne en guise de préparation ou de suivi à un traitement en consultation présentielle. De même, l'intervention en ligne peut constituer l'un des sujets abordés pendant la consultation. Les variantes de cette dernière modalité sont nombreuses, allant de l'ajout (ou add-on, où des éléments en ligne sont traités en plus des thématiques habituellement traitées en consultation) à des approches où intervention en ligne et traitement traditionnel sont beaucoup plus entremêlés (liens étroits entre les éléments de suivi en ligne et le traitement en tête-à-tête). Par ailleurs, il est possible de remplacer certaines séances de consultation par des modules d'auto-assistance en ligne. Quelle est la plus-value de la blended therapy par rapport au traitement classique dispensé dans le cadre de consultations en tête-à-tête? Différentes études révèlent que ces approches mixtes peuvent améliorer l'efficacité du traitement (p.ex. Berger et al., 2018).

Avantages potentiels d'un traitement mixte par rapport à un traitement classique, exclusivement en consultation (adapté d'après Bielinski et al., 2021)

- La variété dans l'offre thérapeutique: les psychiatres peuvent proposer une offre plus large à leurs patient·e·s.
- Du temps supplémentaire pour aller plus en profondeur dans les séances en tête-à-tête: la blended therapy permet de transférer certains éléments du traitement à des composantes de l'intervention en ligne.
- Une flexibilisation (indépendance du lieu et du moment): les patient·e·s peuvent effectuer les modules de l'intervention en

ligne et ainsi se dédier à leur traitement où qu'ils-elles soient et quand ils-elles le souhaitent, ce qui permet une meilleure intégration dans leur organisation au quotidien.

- Une diminution du temps nécessaire avec le-la thérapeute: si certains aspects des séances de consultation ou séances entières peuvent être remplacés par de l'intervention en ligne, cela pourrait également représenter une économie de ressources.

Or, la question se pose si le fait de recourir à une forme de traitement mixte affecte la relation thérapeutique, de manière générale ou lors des moments d'intervention en ligne. Des études montrent toutefois que ce n'est pas le cas. L'évaluation de la qualité de la relation thérapeutique par les patient-e-s bénéficiant d'un suivi en ligne est dans la plupart des cas équivalente à celle dans le cadre de suivis exclusivement en tête-à-tête (Berger, 2017).

Expériences en Suisse à ce jour
En comparaison internationale, l'évolution relative à l'adoption de formes de traitement mixtes en est, en Suisse, encore à ses débuts. Il ressort d'interviews avec des cadres de différentes institutions psychiatriques au sujet de la mise en place d'interventions numériques dans des hôpitaux psychiatriques (Best et al. 2022) que ces

expériences ont eu plusieurs effets positifs, parmi lesquels, entre autres: la possibilité de concevoir le traitement de manière plus flexible, une amélioration de l'efficacité du traitement ou encore la sensation rapportée par les patient-e-s d'une certaine continuité du traitement dans leur quotidien. Ces interviews ont également offert l'occasion d'identifier certains obstacles à la mise en place d'interventions en ligne, en particulier les éventuelles réserves de la part des thérapeutes, le manque de clarté quant aux possibilités de financement ou encore le manque de connaissances et d'expérience dans le domaine de ces suivis mixtes. A quoi faut-il veiller lorsque l'on souhaite recourir à une forme de blended therapy?

Recommandations pour la pratique

• **La qualité de l'intervention en ligne doit être garantie**
Les interventions sérieuses répondent à des standards de qualité. En Suisse, la Fédération Suisse des Psychologues (FSP) a réalisé en collaboration avec la FMPP une présentation détaillée sur le thème des standards de qualité pour les interventions en ligne, accessible sur <https://www.psychologie.ch/fr/droit-qualite/deontologie-et-qualite/standards-de-qualite-pour-interventions-en-ligne>.

• **Où trouver des interventions en ligne appropriées?**
En Allemagne, des applications dites «sur ordonnance» ont été introduites dans le cadre de la législation relative aux applications numériques dans le domaine de la santé (DiGA). La liste DiGA (en allemand) est accessible sur: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>. Certaines de ces applications en ligne sont également financées par des organismes payeurs en Suisse. On trouve aussi sur les sites Internet de différentes universités suisses des indications sur des interventions dont l'efficacité est fondée sur des preuves ou dont l'efficacité est en cours d'investigation (exemple de l'Université de

Berne: www.online-therapy.ch/). Par ailleurs, il existe des plateformes en ligne dédiées à la santé mentale permettant à tout un chacun de concevoir des éléments d'intervention en ligne.

• **Il convient de tenir compte de l'adéquation des interventions en ligne.** La décision en faveur ou non d'une intervention donnée doit tenir compte de différentes caractéristiques, relatives aux patient-e-s, mais aussi aux thérapeutes et au cadre envisagé. Le document «Fit for Blended Care Instrument» (Wentzel et al., 2016) constitue une aide utile pour entamer cette réflexion.

• **Interventions en ligne utilisées en complément (add-on) d'un traitement en tête-à-tête.**

Les psychiatres doivent bien connaître le contenu des interventions en ligne qu'ils-elles préconisent, faute de quoi ils-elles ne seront pas à même de répondre adéquatement aux questions posées par leurs patient-e-s. Les expériences montrent qu'il est recommandé d'évoquer l'intervention en ligne dans le cadre du suivi en consultation, ce qui peut aussi augmenter l'adhésion des patient-e-s à ces interventions.

Pratiquer des formes de traitement mixtes: conditions requises
La blended therapy est une approche moderne et intéressante pour traiter les personnes souffrant de troubles psychiques visant non à remplacer les séances en tête-à-tête, mais à les optimiser.

Ce qui importe, c'est que la qualité de l'intervention en ligne soit garantie. De même, le financement de ce mode de suivi doit être assuré comme une prestation ordinaire du traitement. Afin de favoriser une bonne intégration des programmes en ligne dans les suivis en consultation, les professionnel-le-s de la santé doivent être formé-e-s aux spécificités de cette forme d'accompagnement et obtenir le soutien nécessaire pour la pratiquer au quotidien. Dès lors que ces conditions sont réunies, le suivi mixte a toutes les chances d'améliorer le traitement des personnes atteintes dans leur santé mentale.

Références: Berger T. (2017). The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research*, 27(5), 511-524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>

Berger T., Krieger T., Sude K., Meyer B. & Maercker A. (2018). Evaluating an e-mental health program («deprexis») as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 227, 455-462. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.021>

Best M., Bielinski L. L. & Berger T. (2022). Aktueller Stand, Hindernisse und erleichternde Faktoren: Implementierung digitaler Interventionen in psychiatrischen Kliniken der Schweiz. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 5, 9-12.

Bielinski L. L., Trimpop L., & Berger T. (2021). Die Mischung macht's eben? Blended-Psychotherapie als Ansatz der Digitalisierung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 66, 447-454. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00524-3>

Wentzel J., van der Vaart R., Bohlmeijer E. T., van Gemert-Pijnen J. E. (2016). Mixing Online and Face-to-Face Therapy: How to Benefit From Blended Care in Mental Health Care. *JMIR Ment Health*, 9, 3(1): e9. <https://doi.org/10.2196/mental.4534> PMID: 26860537; PMCID: PMC4764785.



Laura Luisa Bielinski, Msc, psychologue reconnue au niveau fédéral et doctorante dans le service de psychologie et psychothérapie cliniques de l'Université de Berne. Elle s'intéresse à la blended therapy dans le cadre de sa thèse.



Pr Thomas Berger, professeur ordinaire en psychologie et psychothérapie cliniques à l'Université de Berne, il se penche dans le cadre de ses recherches depuis de nombreuses années sur le thème des interventions en ligne.

PSY & ASD SGPP
SSPP
SSPEA

Impressum

Rédaction: Manuela Specker,
Chargée de communication
Éditrice: FMPP (Organisation faitière
de la SSPP et de la SSPEA)
Traductions: Weiss Traductions
Traductions & relecture: Caroline Brennecke
Conception et mise en page:
Andrea Federer, Typografische Gestaltung
Impression: SWS Medien AG PriMedia
Tirage: français 1037 ex., allemand 2336 ex.

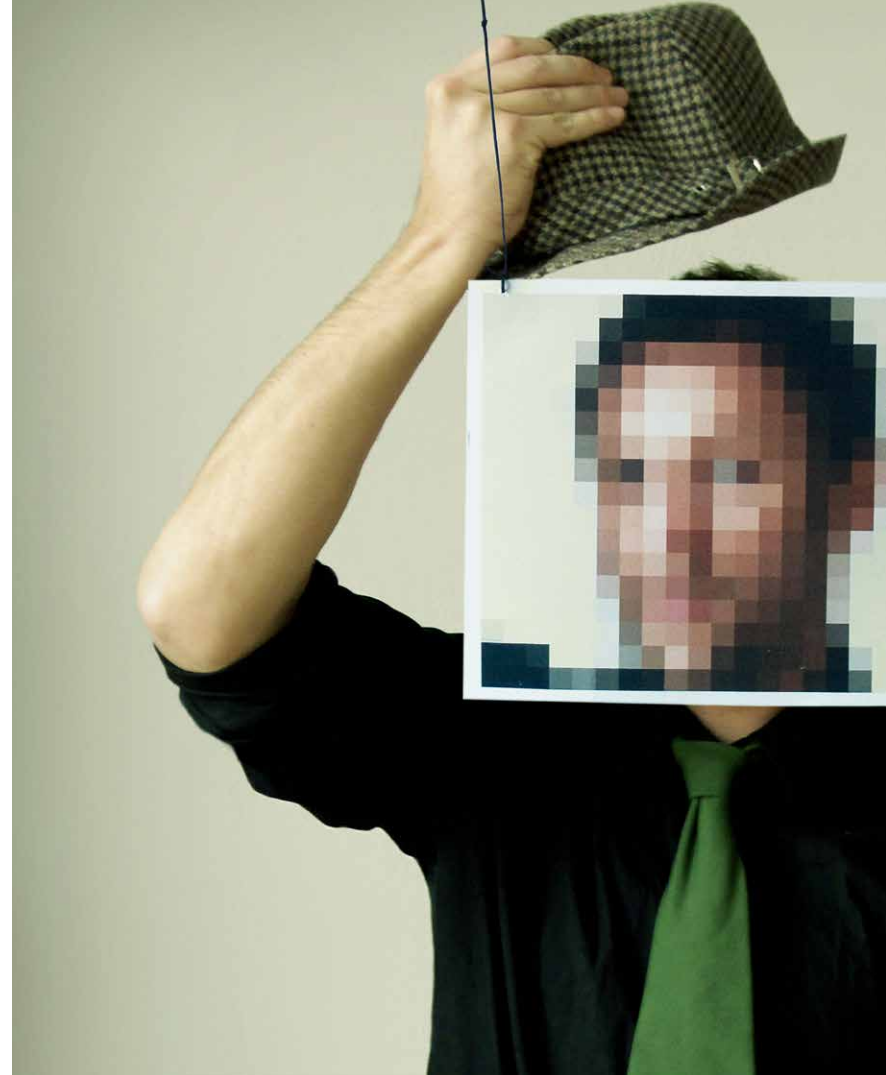
FMPP
Altenbergstrasse 29
Case postale 686
3000 Berne 8
Téléphone: +41 (0)31 313 88 33
fmpp@psychiatrie.ch



Bien utiliser le big data en psychiatrie

La psychiatrie et la psychothérapie se prêtent particulièrement bien au développement, sur la base du big data, d'une approche centrée sur les patient·e·s. Une gestion plus flexible des données et une nouvelle interprétation de la protection et de la propriété des données en est le prérequis.

Auteur·e·s: Floortje Scheepers, Vincent Menger, Karin Hagoort
Photo: photocase



Les établissements de santé et les cabinets enregistrent d'énormes volumes de données sur les soins et les traitements. De plus, les patient·e·s aussi enregistrent de manière croissante des données de santé sur leurs smartphones ou leurs ordinateurs. Les nouveaux capteurs intégrés à la technologie portable comme les montres connectées, les lentilles de contact intelligentes ou les tatouages numériques vont beaucoup plus loin et peuvent mesurer 24 heures sur 24 des paramètres physiologiques ou biochimiques comme la conductance cutanée, la variabilité de la fréquence cardiaque et le taux de cortisone. Les données des capteurs peuvent représenter la réalité de façon plus réaliste, et aussi la personnaliser, dans la mesure où il est possible d'analyser individuellement les schémas de chaque patient·e. On voit ainsi comment un·e patient·e donné·e interagit avec son environnement au fil du temps.

De nos jours, la technologie permet aussi de représenter de mieux en mieux l'environnement. En 2005, Christopher Wild

a introduit le concept d'exposome, par opposition à celui de génome. L'exposome désigne l'environnement en constante évolution, évalué au moyen de capteurs, pouvant par exemple enregistrer de manière dynamique la pollution de l'air, les nuisances sonores ou le nombre de personnes dans l'environnement. Logiquement, ces facteurs environnementaux peuvent aussi influencer l'état de santé psychique d'une personne. En fin de compte, les interconnexions sont de plus en plus nombreuses, on parle de l'Internet des objets: le comportement des internautes sur le moteur de recherche Google, le comportement social sur Facebook, Twitter et Instagram, mais aussi les appareils ménagers, la voiture, le vélo et le téléphone portable. On appelle aussi quantification de soi, en anglais *quantified self*, la pratique consistant à associer l'Internet des objets aux données de capteurs physiologiques ou biologiques d'un individu. Cette évolution soulève nombre de questions liées aux nouvelles opportunités, mais aussi aux dangers que cela présente.

Le big data suscite beaucoup d'espoirs. Sont-ils légitimes?

Le big data désigne certes des volumes de données. Mais il est en effet question aussi de *velocity* (vitesse à laquelle les données peuvent être saisies et analysées), de *variety* (diverses sources de données pouvant être associées), de *veracity* (exactitude des données) et de *value* (valeur que l'on peut générer à partir de toutes ces données disponibles). Si l'on se limite au volume et à la vitesse, le système de santé fourmille d'exemples de jeux de données importants, qui sont appariés dans le monde entier dans le but d'obtenir grâce aux analyses du big data, des résultats plus pertinents et plus parlants dans des délais extrêmement courts. Néanmoins, cela reste des analyses de sources de données unilatérales, enrichies par des données statiques, des données sur les patient·e·s très limitées et des paramètres environnementaux encore assez maigres, alors qu'en psychiatrie, ces paramètres environnementaux ont une importance tellement grande. Grâce à l'association à de nouvelles

sources de données, qui enregistrent l'exposome et la quantification de soi, les conditions nécessaires à la variation et à l'exactitude sont mieux réunies. Les combinaisons de ces différentes sources de données se rapprochent en fin de compte de plus en plus de la réalité de la personne (malade) qui interagit avec son environnement.

Quels résultats peuvent être espérés grâce aux données?

Dans les modèles statistiques du big data appliqués au domaine de la santé, on parle de la «médecine des 4 P», où P signifie: prédictive, car des analyses de données complexes permettent d'affiner les prévisions sur les causes à l'origine de la maladie (psychique) de certaines personnes, sur les réponses au traitement médicamenteux ou sur le développement d'une récurrence; préventive, car on peut se servir de la valeur prévisionnelle pour prendre des mesures préventives; personnalisée, car le système qualité rend notamment possibles des analyses individuelles; participative, car les données issues de la quantification de soi proviennent des patient·e·s eux-mêmes, et

Combinées, ces différentes sources de données se rapprochent de plus en plus de la réalité de la personne (malade) en interaction avec son environnement.

environnementaux (mal)sains (épreuves de la vie, degré d'urbanisation, nombre de changements d'école, etc.) dans la vie d'une personne, qui peuvent influencer positivement ou négativement le risque de problèmes psychiatriques. Les données de chaque nouveau·elle patient·e sont considérées comme une mise à jour du pool de données, de sorte que les profils préalablement établis peuvent être adaptés aux événements plus récents. Ainsi, les adaptations du diagnostic ou du traitement d'un·e patient·e entraînent des glissements dans le profil individuel, et donc aussi dans les profils normalisés.

Quelles expériences ont été faites dans ce contexte?

Au sein du service de psychiatrie de l'UMC d'Utrecht, une étude pilote à partir de données des dossiers des patient·e-s a été réalisée, qui cherchait à déterminer s'il est possible d'implémenter une approche big data et si elle peut apporter des améliorations et de nouvelles connaissances dans la pratique courante. Un logiciel de visualisation a été utilisé, grâce auquel les professionnel·le-s de la santé pouvaient dans la pratique analyser les données sans prérequis technique spécifique. Cette approche a d'une part permis de rechercher de nouvelles hypothèses et de nouveaux résultats dans un cadre exploratoire impartial. D'autre part, les acteur·rice-s sur le terrain ont pu s'impliquer directement et activement dans le processus. En utilisant la procédure standard et interdisciplinaire de data mining interactif (crisp-idm), il a été possible de trouver deux résultats pouvant directement être mis en œuvre et 29 hypothèses intéressantes qui devront faire l'objet de

recherches supplémentaires. Le thème de l'agression sera entre autres étudié en fonction de facteurs qui peuvent augmenter le risque ou être prédictifs. Parmi ceux-ci, on peut citer les conséquences de la composition de l'équipe soignante sur les manifestations d'agression ou le nombre de mots signalés dans le dossier du·de la patient·e avant qu'un acte d'agression ne survienne. Ainsi, dans la phase proof-of-concept, deux jours avant l'agression déjà, une augmentation importante du nombre de mots dans le dossier du·de la patient·e a été constatée.

Comment la protection des données est-elle garantie?

Les données des patient·e-s de psychiatrie ont en effet un caractère hautement personnel et sont sensibles, partant, une grande importance doit également être accordée à la composante éthique. Il est en partie possible de garantir la protection des données par pseudonymisation des données des patient·e-s et par suppression des variables identifiables du bloc d'informations. Pour la désidentification du texte libre, une méthode spécifique a été développée à l'UMC d'Utrecht, qui supprime automatiquement du texte libre un maximum de données personnelles telles que des noms de personnes ou des adresses. Il convient toutefois de faire remarquer que tout cela n'annule pas complètement la probabilité d'une réidentification, quand un grand nombre de variables sur un·e patient·e est connu. Dès qu'une association avec des sources de données externes intervient, comme des données issues de la technologie portable, un consentement informé du·de la patient·e est requis. L'appariement de données locales

aux données d'autres établissements de santé permet d'avoir une vision encore plus globale sur le·la patient·e et son environnement. Les conséquences qui en découlent sur la sphère privée des patient·e-s et, dans le sens juridique, sur la propriété des données, requièrent toutefois une vigilance encore plus grande. Nous travaillons actuellement à la mise en œuvre d'une déclaration de consentement informée dans un contexte dynamique, où le·la patient·e conserve la propriété de ses données et où des sources de données externes à son propre établissement pourront également être consultées avec le consentement exprès du·de la patient·e.

Psychiatrie numérique : Réflexions critiques

Thomas Fuchs, professeur Karl-Jaspers en fondements philosophiques de la psychiatrie et de la psychothérapie à la Universitätsklinik Heidelberg, a analysé dans le magazine *Der Nervenarzt* les opportunités et les problématiques d'une « psychiatrie numérique ». Sa publication peut être lue ici :

Scanner le QR-Code & lire la publication:
Disponible en allemand uniquement.



pas d'un·e chercheur·euse ou d'un·e médecin. Grâce à cela, les patient·e-s jouent un rôle beaucoup plus décisif dans le processus de diagnostic et de traitement.

Comment se présente en pratique l'approche big data?

Pour les analyses big data dynamiques, il faut regrouper des données structurées et non structurées. En psychiatrie notamment, de nombreuses informations sont présentes dans des volumes importants de textes non structurés. Le regroupement de données offre beaucoup plus de possibilités d'associer et d'analyser différentes sources de façon plus flexible, mais aussi d'analyser sous un angle différent certains aspects du pool de données en association à d'autres données. Ainsi, un aspect peut prendre une autre signification lors d'un changement dans le contexte des données.

Sur la base d'un pool de données, on peut créer différents profils normalisés pour les patient·e-s. En psychiatrie, on peut penser au nombre de facteurs



Prof. Dr Floortje Scheepers, psychiatre, elle dirige le service de psychiatrie de la clinique universitaire d'Utrecht



Vincent Menger est en train de rédiger sa thèse de doctorat en Data Science à l'Université d'Utrecht



Karin Hagoort, responsable du programme «Innovation & Big Data» au service de psychiatrie de la clinique universitaire d'Utrecht

Psychiatre sans frontières

Dans les pays du Sud à faible niveau de revenu, plus de 90 % des personnes atteintes de maladies psychiques n'ont pas accès à un traitement adéquat, au lieu de quoi elles sont mises à l'écart, et souvent privées de leurs droits. Face à cette situation, la psychiatre suisse Monika Müller ne souhaite pas rester inactive et par le biais de son association *Delta*, elle s'engage bénévolement en faveur d'une meilleure prise en charge psychiatrique.

Auteure: Manuela Specker, chargée de communication

En Suisse, on sait peu de choses sur les soins psychiatriques dans les pays pauvres du Sud. Tel est le constat dressé par Monika Müller, psychiatre et psychothérapeute, qui a poursuivi pendant deux ans des activités de recherche au Center for Global Mental Health du King's College à Londres. Naturellement, les psychiatres ont conscience que la problématique de la santé mentale ne se limite pas aux nations industrielles prospères. «Mais pour répondre à la question comment les concepts de traitement psychiatrique sont concrètement mis en œuvre dans les pays du Sud compte tenu des circonstances socioculturelles ou quels obstacles empêchent leur mise en application, il faut disposer de connaissances spéciales. À ce jour, ces dernières n'ont pas été assez cultivées en Suisse, et la recherche dans ce domaine y est insuffisante», affirme Monika Müller.

Des dimensions inquiétantes
Dans les pays à faible niveau de revenu, les travailleur·euse·s de la santé non professionnel·le·s (ou lay-health-workers en anglais) sont l'un des principaux leviers, car il y a une pénurie de professionnel·le·s de la santé. Au Zimbabwe, ces lay-health-workers sont engagé·e·s par l'Etat comme promoteur·rice·s de la santé dans les centres de soins de santé primaires, et des connaissances de

base leur sont enseignées pour pouvoir dispenser des premiers soins communautaires. Les grands-mères, qui ont une place importante dans la société pour des raisons socioculturelles, assument ce rôle en tant que personnes de confiance. Cela peut soulever des questions chez les psychiatres des pays du Nord, au bénéfice d'une solide formation professionnelle, car la qualité du traitement est souvent jugée insuffisante. Toutefois, pour la population du Zimbabwe, de 16 millions de personnes, on dénombre 18 psychiatres qualifié·e·s et une poignée de psychologues. «On comprend alors clairement qu'il faut faire preuve de bon sens et utiliser les moyens du bord», explique Monika Müller.

Les troubles psychiques sont le problème de santé le plus négligé dans les pays à faible niveau de revenu. Selon l'Atlas de la santé mentale de l'OMS, près de 90 % des personnes ayant un problème de santé mentale n'y bénéficient d'aucun traitement spécialisé. Les pays du Sud, qui en général disposent de peu de ressources, manquent à la fois de moyens financiers et de personnel pour garantir une prise en charge qui fonctionne sur l'ensemble du territoire. De plus, même les médecins sont d'avis que les traitements des personnes présentant un trouble psychique sont longs et rarement efficaces. Dans certaines régions d'Inde, l'existence des

problèmes psychiques est tout simplement niée: ces troubles y sont attribués à des démons ou au karma. Au lieu de recevoir un traitement adéquat, les personnes concernées sont stigmatisées et mises à l'écart, voire tenues captives dans des huttes au pire des cas. Monika Müller porte un regard critique sur la situation: «La communauté internationale brille par son absence quand il s'agit de financer des programmes de promotion de la santé mentale.»

L'importance de l'engagement bénévole

C'est l'une des raisons pour lesquelles la psychiatre a fondé il y a quelques années l'association «Delta - develop life through action». En collaboration avec une vingtaine de membres, elle s'engage bénévolement pour de meilleures structures de prise en charge dans les pays disposant de

faibles ressources, pour permettre aux personnes concernées d'accéder à une assistance et à un traitement adaptés. En ce moment, son engagement est particulièrement important dans le sud de l'Inde, où elle a un bon réseau de personnes, car elle s'y rend régulièrement depuis plus de 20 ans. Elle précise que cela représente l'un des principaux facteurs pour pouvoir mener une action durable et implémenter des programmes: parallèlement à la direction du projet en Suisse, il est nécessaire d'avoir des partenaires sur place, qui connaissent bien les circonstances locales et endossent le projet. Il s'agit d'une approche qui caractérise aujourd'hui aussi la collaboration en matière de développement. De plus, Monika Müller a particulièrement à cœur d'assurer la formation continue du personnel. Ainsi, des ateliers et des supervisions sont organisés pour permettre aux professionnel·le·s de la



Aperçu de la thérapie de groupe Nishkalanka, un programme de traitement échelonné destiné aux hommes ayant une consommation d'alcool problématique.



Monika Müller fête le World Mental Health Day en Inde avec des représentantes du réseau des ASHA Workers.



santé travaillant dans le domaine des soins somatiques de se perfectionner. En juin 2022, par le biais de son association, qui se finance surtout par des dons, Monika Müller a lancé un programme thérapeutique pour les personnes alcooliques, avec une structure pyramidale: lors d'une première étape, le grand public est interpellé dans les régions rurales afin de le sensibiliser au sujet. La deuxième étape s'adresse aux personnes ayant de légers symptômes et met l'accent sur le contrôle de la consommation d'alcool ou l'abstinence. La troisième étape consiste en un programme de sevrage ou de désaccoutumance de quatre semaines. L'ensemble est intégré dans un hôpital de soins généraux situé dans le sud de l'Inde, où les personnes concernées et leurs familles se font soigner pour des maladies somatiques.

Pour plus de justice sociale
Pour beaucoup, un tel engagement équivaut à une goutte d'eau dans la mer. Mais Monika Müller s'oppose fermement à un tel point de vue: «C'est parce que j'agis à un petit niveau que je peux directement obtenir des résultats. C'est tellement plus efficace que d'envoyer de l'argent à une immense machinerie bureaucratique.» Elle aimerait élargir sa base de donateurs et collaborer davantage avec des fondations. De tels engagements sont d'une nécessité

évidente: l'État indien, par exemple, n'investit que 1 % de ses dépenses de santé pour soigner les personnes atteintes de maladies psychiques et ce faisant, finance principalement des cliniques psychiatriques; il n'existe quasiment pas d'établissement sociopsychiatrique de prise en charge de longue durée.

Monika Müller est animée par l'envie de faire progresser la justice sociale. «En Suisse aussi, les personnes vivant dans la précarité sont particulièrement menacées dans leur santé mentale. Mais elles ne peuvent pas vraiment compter sur un lobby pour plaider leur cause.» Au niveau international, la lutte contre le VIH et le paludisme se taille la part du lion en ce qui concerne la répartition de l'aide au développement dans le domaine de la santé. Les fonds étatiques de développement ne dépensent que 0,85 dollar par DALY (année de vie ajustée sur l'incapacité) en faveur des troubles psychiques. À titre de comparaison, 144 dollars sont affectés au VIH/SIDA et 48 millions de dollars à la tuberculose et à la malaria. «Les flux financiers sont la démonstration même que la psychiatrie et les troubles psychiques sont encore fortement stigmatisés dans le monde aujourd'hui», affirme Monika Müller.

Pour de plus amples informations:
www.delta-ngo.ch

Exemples de projets de Delta

Programme dédié à la consommation problématique d'alcool

Delta intègre dans un hôpital de soins généraux un programme de traitement échelonné pour les personnes dont la consommation d'alcool pose problème. En plus du travail de sensibilisation dans les villages, l'association développe des consultations ambulatoires qui mettent l'accent sur la prévention des rechutes et la réduction des risques. Un programme hospitalier de sevrage et de désaccoutumance avec option consécutive de logement protégé permet aux personnes gravement atteintes de bénéficier d'une prise en charge globale.

Fonds pour les cas de rigueur

Delta soutient, en collaboration avec un service d'aide sociale, les personnes atteintes de troubles psychiques touchées par la pauvreté: les frais de traitement sont pris en charge et les familles perçoivent une aide sociale sous la forme de bons qu'elles utilisent pour acheter des aliments de base ou des articles de ménage. Les frais de formation des enfants dont les parents présentent des troubles psychiques sont pris en charge afin de combattre durablement la spirale négative de la pauvreté et de la maladie.

Service de psychiatrie de la personne âgée

En Inde, près de 62 millions de personnes sont âgées de plus de 65 ans. 10 % d'entre elles présentent des troubles psychiques ou une démence. Delta soutient la fondation indienne COOJ dans ses efforts pour mettre sur pied un service de psychiatrie de la personne âgée: avec le développement d'une clinique de jour et d'une offre thérapeutique de proximité, mais aussi par un travail de relations publiques, pour contribuer à déstigmatiser les personnes concernées et leurs proches.



Dre méd., Monika Müller,
chefe de clinique aux Services psychiatriques universitaires (UPD) à Berne. De 2020 à 2022, elle a mené des activités de recherche au Center for Global Mental Health du King's College à Londres.

20 ans de la FMPP: le secrétaire général de longue date, Christoph Gitz, jette un regard rétrospectif et explique la difficile mission de l'association faîtière de la SSPP et SSPPEA

Un parcours semé d'embûches

Enregistré par: Manuela Specker, chargée de communication

FMPP signifie Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum. Une dénomination difficile, voire impossible à prononcer! Même les membres ayant appris le latin à l'école ne pourraient pas expliciter cette abréviation sans problème. Cela s'explique par le fait qu'ils-elles se sentent avant tout lié-e-s à leur société de discipline médicale respective, à savoir la SSPP ou la SSPPEA. Dans l'opinion publique aussi, la FMPP ne nous permet pas de marquer des points. Durant ses 20 ans d'existence, l'organisation faîtière FMPP n'a jamais connu le développement envisagé à sa créa-

tion. Une fusion était même prévue à l'époque. Mais ce projet s'est révélé illusoire, les intérêts en présence divergent trop pour cela.

Une plateforme de coordination importante

La FMPP est toutefois, aujourd'hui encore, une plateforme de coordination importante, voire indispensable, pour la psychiatrie d'adultes ainsi que d'enfants et d'adolescent-e-s. L'existence de la FMPP est également légitime pour des raisons de politique professionnelle: elle a été fondée en 2002 pour être représentée en tant qu'organisation faîtière au sein de l'assemblée

des délégué-e-s de la FMH. Au fil des ans, la collaboration entre la SSPP et la SSPPEA s'est intensifiée. La restructuration survenue entre 2008 et 2010 a entre autres été effectuée dans le but de renforcer la représentation commune des intérêts et de rationaliser les processus de concertation internes requis.

Le problème à l'époque était que le comité de la FMPP ne disposait d'aucune compétence décisionnelle. Les assemblées des délégué-e-s de la SSPP et de la SSPPEA ont en fin de compte accepté que la FMPP devienne une association dotée d'un comité commun et de commissions communes. Jusqu'à présent, la commission des assurances et la commission tarifaire ont fait leurs preuves parce que ce sont elles qui présentent le plus de possibilités de recoupement. La commission de psychothérapie déléguée est devenue obsolète, pour des raisons évidentes, et entretemps, la commission qualité conjointe a été dissoute en 2019 sur décision de l'AD. Les thèmes relatifs à la qualité sont aujourd'hui traités séparément dans les deux sociétés de discipline médicale, qui assurent au besoin un travail de coordination.

Un gros inconvénient: les nombreux doublons

Ces structures, avec un comité commun tenant séparément les assemblées des délégué-e-s, comportent néanmoins des inconvénients. Ainsi, les chevauchements

sont parfois importants. Nous le remarquons au niveau du secrétariat qui doit organiser et mettre en place beaucoup de choses en double. Pendant le coronavirus notamment, les doublons administratifs ont pris une telle ampleur que la charge de travail en est devenue excessive, sans réelle plus-value pour les membres. De plus, avant que les associations de psychologues jettent par-dessus bord les règles de savoir-vivre d'une représentation légitime de leurs intérêts en matière de politique professionnelle, la FMPP était partenaire d'une table ronde qui se réunissait chaque semestre. Celle-ci poursuivait l'objectif de renforcer la collaboration, mais entretemps, elle a été mise en stand-by.

En fait, il serait possible de tenir des séances communes et de faire un travail de coordination sans pour autant disposer de l'actuelle structure imposante de la FMPP. Nous nous trouvons face à une situation similaire de celle de 2008: comment rationaliser l'ensemble tout en renforçant la FMPP en tant que plateforme de coordination et en tant qu'organe de défense commune des intérêts? Ces considérations sont dans l'air du temps. Aujourd'hui, dans beaucoup d'associations et d'entreprises, la conviction prédominante est que les grandes structures complexes tendent à être ni efficaces ni efficientes. Ainsi, il s'agit maintenant de faire évoluer la FMPP vers un avenir couronné de succès, car il est contestable que la SSPP et la SSPPEA, en concertation avec les services et cliniques psychiatriques SMHC, doivent se positionner ensemble avec force dans la sphère publique pour attirer l'attention sur les préoccupations et les revendications de la psychiatrie.

Dr Christoph Gitz, secrétaire général de la FMPP et de la SSPP pendant 20 ans. Fin 2022, il passera le flambeau: Antonella Rossi, qui lui succédera, fait partie de l'équipe depuis mai 2022 et sera mise au courant progressivement des tâches inhérentes à sa nouvelle fonction. Nous dresserons son portrait dans l'une des prochaines newsletters en ligne.

