

La thérapie par réalité virtuelle. Retour sur le développement d'une innovation thérapeutique en psychiatrie.
(S1 & 2)

Introduction
(S3)

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) bénéficient depuis une dizaine d'années d'une reconnaissance médiatique grandissante auprès de patients qui sont de plus en plus attentifs à l'évaluation des soins et à la recherche de psychothérapies brèves.

Leur adoption en milieu hospitalier correspond à une forme d'innovation thérapeutique qui permettrait, notamment par l'application de protocoles précis, faciles à énoncer et à contrôler, d'homogénéiser les pratiques thérapeutiques d'un lieu à un autre, à l'instar de la médecine des preuves (EBM) et d'utiliser un ensemble de classifications et d'outils communs tels que le DSM et l'imagerie médicale ou encore la médecine prédictive, préventive, personnalisée et participative (PPPP).

Les thérapies cognitives et comportementales sont supposées faciliter la prise en charge en ambulatoire des patients, permettre une progression rapide vers une éducation thérapeutique et un retour à l'autonomie. A ce titre, elles satisfont les contraintes économiques du secteur hospitalier, ainsi qu'une certaine politique d'autonomisation des usagers.

Ces thérapies ont par ailleurs bénéficié de l'émergence du développement personnel et de la vulgarisation de l'univers psy dans les médias. Qui plus est, elles bénéficient d'une certaine légitimité auprès d'organismes tels que la HAS ou l'INSERM et sont davantage portées par la dominante des neurosciences. Aussi, les alliés des TCC se retrouvent autour de l'adéquation d'un format scientifique commun constitué de modes de classification et de preuves qui font consensus ainsi que d'une conception biologique du trouble mental.

L'alliance entre le comportementalisme et le cognitivisme, entre 1975 et 1980, laisse émerger les TCC, techniques thérapeutiques issues du comportementalisme et du cognitivisme, qui visent à isoler les pensées erronées du patient et à en faire la cible thérapeutique, puis par restructuration cognitive à modifier ces schémas de pensées qui sont la cause de son comportement dysfonctionnel : sans pensée erronée, pas d'attaque de panique. L'apprentissage de techniques de relaxation et l'attention particulière aux émotions et au « lâcher prise » ou à la méditation, la pleine-conscience ont été progressivement développés et intégrés à la nébuleuse des TCC.

Dernière-née des TCC, c'est dans ce contexte que se développe la thérapie par réalité virtuelle (TRV) depuis cinq ans en France. Le patient est plongé dans un environnement immersif composé d'un système visuel et auditif, il évolue dans un univers interactif par le biais d'un casque de réalité virtuelle, d'écouteurs et d'une télécommande lui permettant de se déplacer ou encore d'un volant pour « conduire ». La TRV est particulièrement indiquée pour les phobies et les addictions, comme la peur des hauteurs, la peur de conduire ou la peur des requins.

(S4)

Dans cette communication, je m'attacherai à décrire dans un premier temps à décrire les formes d'attachement et d'engagement développent les patients et les professionnels à l'égard du casque de réalité virtuelle. Comment cet objet et les équipements qui lui sont associés (casque, écouteurs, volant) s'intègrent-ils et modifient-ils le cadre thérapeutique et l'usage traditionnel des thérapies cognitives et comportementales ? Après avoir détaillé la nature du protocole thérapeutique, nous décrirons comment le dispositif de soin et l'utilisation du casque de réalité virtuelle contribuent à faire émerger de « nouveaux » patients technophiles en recherche de nouvelles prises thérapeutiques et enthousiastes à l'idée d'élaborer une *performance* corporelle dans un espace virtuel et « d'entreprendre » leurs troubles, avant d'envisager ce que ce type d'innovation psychothérapeutique met en tension dans la conception de la relation de soin, pour les patients et pour les professionnels, dans leur capacité à composer un monde commun autour de l'environnement virtuel.

(S5)

Dans le cadre de ma thèse débutée en 2011, j'ai réalisé une enquête ethnographique au sein d'un service de psychiatrie adulte réputé pratiques les thérapies cognitives et comportementales. Quelques observations et entretiens exploratoires ont été menés en 2012 à la création de la consultation TRV puis en 2017, une semaine d'observation des consultations dans ce même service (n= 35) des entretiens avec des patients au sortir des séances (n=10) ainsi que plusieurs entretiens avec des professionnels (n= 5) ont été réalisés.

La thérapie par réalité virtuelle : sociologie d'une innovation thérapeutique

(S6)

Assister à l'émergence de la consultation TRV en 2012 auprès du Dr Vallini (dont le nom est ici anonymisé) puis revenir en 2017 m'a permis de saisir comment un « innovateur » parvient à médiatiser une innovation thérapeutique, en intéressant ainsi le chef d'un service de psychiatrie adulte, puis des médias et des patients, tout en participant en parallèle à la création d'une association francophone afin de constituer un champ de connaissance autonome dépassant les clivages idéologiques entre psychanalyse et TCC, particulièrement important en France. Le docteur Vallini publie en novembre 2017 le premier ouvrage sur la thérapie virtuelle à destination du grand public avec un psychanalyste, avec l'idée de réunir deux approches concurrentes vers une pratique construite autour d'un objet commun, en jouant sur la flexibilité interprétative de l'objet tout en conservant leur position de précurseurs dans le champ.

La thérapie virtuelle a été introduite dans le CHU au sein duquel j'ai réalisé mon enquête en 2012. Après avoir réalisé sa thèse sur la TRV, alliant de son aveu sa passion pour les jeux vidéo, la science-fiction et les innovations technologiques, le Dr Vallini, en rentrant d'Australie, propose à tous les CHU de psychiatrie de France ses « services », en présentant les principes de la thérapie virtuelle et ses divers champs d'application.

Le professeur Gonfaron, connu pour avoir innové dans plusieurs domaines au sein de son service, lui donne carte blanche pour développer une consultation de thérapie virtuelle au sein du service et parvenir à « recruter » de nouveaux patients « captifs », afin de dynamiser le CHU et d'équilibrer la file active composée en partie de patients du secteur. Atout majeur, le jeune psychiatre construit ses propres « environnements virtuels » (il s'est formé à l'animation 3D en Australie), ce qui constitue une économie de coûts notable pour la mise en place de la thérapie à l'hôpital. Depuis 2012, la dimension spectaculaire de la thérapie, autant pour les patients que pour les médias, constitue un des points forts du dispositif : à mi-chemin entre science-fiction et révolution scientifique, la mise en scène du soin par le casque de réalité se « donne à voir »

autant qu'il ouvre sur un nouveau monde « visible ». La dimension imaginaire joue un rôle crucial dans la diffusion de l'innovation scientifique (Flichy 2001). 90% des patients que nous avons observés en consultation ont découvert l'existence du service et de la thérapie virtuelle par la télévision.

(S 8, 9, 10, 11)

A l'heure actuelle, le dispositif se compose d'un casque relié à un ordinateur qui permet au patient de percevoir un environnement virtuel que le thérapeute voit sur un écran. La particularité du casque est de permettre au système informatique de recalculer la position de l'individu en temps réel grâce à des capteurs de position placés à l'intérieur et qui modifient les images projetées en conséquence, ce qui augmente l'interactivité entre l'individu et la machine et la sensation d'être l'auteur de ses propres mouvements. Une télécommande, sur certains modèles, permet au patient de se déplacer dans l'environnement mais n'inclut pas encore de propriétés proprioceptives (toucher).

Les innovateurs français ont tenté de traduire « ce que fait » la thérapie virtuelle (aux troubles de l'identité, par exemple) et les risques et bénéfices que l'on peut en attendre, et tenter d'écarter les craintes à l'égard d'un outil qui pourrait représenter une menace pour des patients souffrant de troubles de l'identité ou ayant des difficultés à percevoir le réel. Ainsi, plusieurs chercheurs ont montré que l'environnement virtuel est efficace et inoffensif justement parce qu'il est un outil particulièrement « réaliste », dont la fonction est d'imiter un « réel acceptable » pour le patient, afin que celui-ci puisse en apprivoiser les contingences. Ainsi, le casque permettrait de mieux « produire » le réel en s'exposant à des situations dont on contrôle les caractéristiques (une plage avec des gens qui fument et des cocktails, un pont à traverser en voiture). Ces chercheurs avancent par là même une hypothèse de taille en mobilisant de façon originale la notion d'agentivité (agency) : « simuler une action peut dispenser de la réaliser effectivement¹ ». Ces innovateurs mettent en évidence la possibilité qu'offre la thérapie virtuelle de performer² le réel et de soumettre le patient à ce qui l'angoisse sans avoir à se rendre sur place., produisant ainsi un outil de « réalité accélérée »

Par ailleurs, la spécificité du casque de réalité virtuelle est d'être un objet nourri par la science-fiction. En effet, la création de prototypes de casques de réalité virtuelle (Lanier 1988) et les premières expériences de psychothérapie réalisées à l'aide d'un environnement virtuel sont documentées dès les années 90 (North & North 1994) mais demeurent isolées. Principalement utilisé dans le domaine de l'architecture et du design, plébiscité et rêvé par les auteurs de science-fiction autant que par la culture *cyberpunk*, la démocratisation du casque de réalité virtuelle est « le résultat d'un dialogue permanent entre les différents acteurs d'un processus d'innovation complexe » (Michaud 2017). En effet, les usages du casque de réalité virtuelle ont été limités par le coût d'entrée important à savoir le prix de l'objet s'élevant encore jusqu'en 2016 à environ 10 000 euros. C'est la chute soudaine du prix du premier casque, l'Oculus Rift (commercialisé par une filiale de Facebook), en 2016, qui a fait fleurir de nombreuses consultations en thérapie virtuelle en libéral, alors que celles-ci n'étaient réservées jusque-là qu'aux rares CHU ayant choisi d'investir dans l'objet. La baisse des coûts a ainsi permis la démocratisation de l'outil, ou plus largement, comme nous allons le voir à présent, la confiance placée dans le dispositif et l'attachement à l'objet en tant qu'innovation thérapeutique semble attirer un public et avoir un effet performatif sur l'efficacité de la thérapie.

¹ Lallart E., Voisin C., Jouvent R., 2014, La thérapie virtuelle, un outil de réalisme, Psychologie clinique, pp. 82-90

² Au sens de « enacted », dans l'acception utilisée par A.M Mol.

2. Le dispositif TRV : un régime d'engagement disciplinaire, standardisé et individualisé (S 12)

Je vais décrire rapidement le dispositif de thérapie virtuelle.

Lors de la première séance, obtenue après plusieurs mois d'attente, le psychiatre effectue un diagnostic en utilisant le DSM via un questionnaire anglo-saxon standardisé. Il précise d'ailleurs au patient : « Je vais vous poser des questions auxquelles je vais vous demander de répondre uniquement par oui ou par non. » Une fois ce questionnaire effectué, il demande ensuite au patient : « Maintenant, sans faire un roman de Tolstoï, pouvez-vous me raconter la première fois où vous avez eu peur » et ordonne l'entretien : Patiente – Je ne me suis pas rendue compte tout de suite que j'étais phobique /Médecin – On parlera de l'histoire après. Dites-moi d'abord, vous avez peur de quoi ? »

Le patient est rappelé à l'ordre plusieurs fois dès la première séance afin de gagner en concision et ne pas sortir du cadre des questions qui lui sont posées. Le médecin opère un guidage vers une modalité interrogatoire fermée plutôt que vers un cadre d'interaction favorisant l'élaboration d'une trame par le patient : l'entretien se fait progressivement questionnaire. Ces recadrages fréquents visent à dessiner un style thérapeutique calqué volontairement sur un format disciplinaire qui rappelle le contrat scolaire et qui se distingue d'autres interactions psychothérapeutiques dont ils ont pu faire l'expérience. Il s'agit par l'apprentissage au cours des séances, « d'instaurer un langage neutre, tant émotionnellement que linguistiquement (...) et d'apprendre à soumettre ses émotions à des procédures neutres d'examen et d'argumentation » afin de les soumettre à un processus de commensuration (Illouz 2006) et de développer l'auto-évaluation et l'observation des émotions par le patient. Cette compétence fait l'objet d'un apprentissage au cours du dispositif, qui permet par la même occasion au thérapeute de définir un cadre distinct, d'élaborer un langage affranchi de sa fonction symbolique et des symptômes qui n'ont pas forcément de sens dans l'histoire du patient, deux postulats théoriques au centre du format d'interaction psychanalytique.

Après le diagnostic, s'ensuit une évaluation chiffrée de la manifestation de la phobie. A la fin de celui-ci, le psychiatre énonce solennellement le diagnostic : « vous êtes atteint d'amaxophobie. C'est votre diagnostic, retenez-le pour la prochaine fois. Vous êtes à 7.» Ensuite, le Dr Vallini décrit le protocole de soin au patient qui se déroule de la façon suivante : quatre séances de groupe avec apprentissage des méthodes de thérapie cognitive, six séances de thérapie individuelle avec utilisation du casque de réalité virtuelle. Au rythme d'une séance tous les quinze jours, la thérapie dure quatre mois. Chaque créneau de rendez-vous est d'une heure, mais la durée de l'exposition dure entre 30 et 40 minutes.

Lors des premières séances de groupe, Le Dr Vallini dispense un cours de thérapie cognitives et comportementales aux patients. Il leur demande de restituer le diagnostic qui a été formulé lors de la première séance, leur explique les mécanismes de la phobie et n'hésite pas à rappeler les consignes quand ils oublient d'apporter un enregistreur ou de quoi écrire, quand ils mâchent un chewing gum ou oublient le diagnostic (« votre diagnostic, c'est vous, pas celui du voisin, il faut vous en rappeler »).

Séance de groupe 1. Apprentissage de la thérapie cognitive et comportementale.

(Les extraits ne seront pas présents dans la présentation orale par manque de temps)

Malbos - Je vais vous apprendre les différentes techniques pour que vous puissiez gérer vos émotions. C'est bon ? Alors vous pouvez commencer à sortir

vos cahiers, vos smartphones si vous voulez enregistrer la séance hein, et comme je vous l'ai dit, me donner votre clef USB pour que je mette des fichiers. C'est bon ? Alors nous avons ici aujourd'hui Mademoiselle Forner, qui est sociologue, qui vient pour voir comment se passent les traitements.

Malbos – Par contre, vous mâchez un chewing gum ? La poubelle est derrière.

Malbos – Alors, rappelez moi votre diagnostic, je vous écoute. (silence)

Patiente – Bah j'ai des phobies de... comment dire.

Malbos – Le diagnostic que je vous ai donné. (il s'impatiente) Je vous ai donné un diagnostic puisque je vous ai vu au moins une fois. Donc rappelez-moi votre diagnostic.

Patient – De phobie.

Malbos – Phobie de quoi ? Agoraphobie ? Il suffit juste de me dire ce que je vous ai dit hein. Agoraphobie, c'est ce que je vous ai dit ? Oui ? et vous ?

La Patiente acquiesce.

Patiente 1 – Agoraphobie sociale.

Malbos – Non, c'est deux choses différentes. Phobie sociale et agoraphobie.

Patiente – Y avait deux choses.

Malbos – Donc phobie sociale et agoraphobie.

Malbos - Le diagnostic, c'est ce que je vous ai dit. Y avait agoraphobie et phobie sociale.

Patiente 2- Moi c'est les phobies des transports, des escalators.

Malbos- Donc c'est quoi, c'est hauteurs.

Patiente 2– Des hauteurs, voilà.

Malbos – **J'avais donc dit quoi, acrophobie ? Il faut que vous le reteniez votre diagnostic, parce que c'est vous hein, c'est pas votre voisin d'à côté. (agacé)**

Patiente – J'ai peur des hauteurs, du vide, des escalators.

Malbos – Acrophobie alors. Mais redites-le moi tout à l'heure. Parce qu'il faut que je vous le redise. Il faudra me dire précisément ce que je vous ai dit y a deux semaines.

Patiente – Des hauteurs...j'ai peur du vide...

Malbos - Si c'est la peur des hauteurs, c'est acrophobie hein.

Patiente – Pas que des hauteurs...c'est...(elle écrit sur sa feuille accrophobie)

Malbos – (agacé, il la coupe) Ca s'écrit avec un seul c.

Patiente – Pas seulement les hauteurs...c'est...

Malbos - D'accord. Il faut simplement me dire ce que je vous ai dit y a deux semaines, je vous ai dit un précisément un diagnostic. Je vous le redirai tout à l'heure le diagnostic parce que j'ai pas mon ordinateur, pour la prochaine fois. (il insiste) Faudra bien marquer pour que vous puissiez bien savoir à chaque fois hein !

Le dispositif d'apprentissage à mettre en place est facilité par la mise à disposition d'une gamme d'éléments matériels avec lesquels les patients doivent se familiariser, comme une sorte de « package », avec un ensemble d'outils pratiques qui permettent différentes prises en dehors de l'espace thérapeutique : enregistrer les séances sur leur téléphone, récupérer les fichiers mp3 qui reprennent le cours et les techniques de relaxation sur leur clef USB, récupérer des feuilles bristol à mettre dans leur portefeuille ou stylos avec un acronyme à mémoriser, ou encore des exercices d'exposition à faire chez soi.

Dans la deuxième partie du protocole, lors de « l'exposition » proprement dite, le patient s'approprie le casque, et les séances (au nombre de 6) consistent à mettre en scène le corps dans un espace virtuel afin de revivre et remanier certaines expériences douloureuses tout en prenant de la distance grâce à la dimension ludique et interactive. Alors que le patient évolue dans un environnement anxiogène et qu'il apprend à se servir du casque, il doit procéder à la répétition

des techniques de thérapie cognitive apprises lors des « cours » (réciter les formules contenues dans l'acronyme ACARA³ (S 13 & 14), l'imagerie mentale, la relaxation ventrale et d'autres techniques apprises lors des premières séances.

Lors de ces séances individuelles, le patient « passe commande » pour une séquence virtuelle co-construite sur-mesure : le psychiatre lui demande s'il désire « beaucoup de voitures », « beaucoup de gens », « le temps qu'il fait » « autoroute ou route », « un petit ascenseur ou un grand », « des fenêtres ou un ascenseur opaque » « beaucoup de gens dans le métro ou un métro vide ». « C'est vous le maître », répète souvent le docteur Vallini alors qu'il compose un monde avec le patient dans lequel il le regardera évoluer. Le psychiatre programme ensuite la séquence à venir avec les modalités choisies par le patient et lui donne en quelque sorte des « couverts » : le patient prend place devant le casque, artefact lui permettant d'accéder à la séquence qu'il vient de programmer et met les écouteurs audio qui rendent l'atmosphère d'autant plus réaliste.

De nouvelles thérapies pour des patients « technophiles »

L'observation des consultations permet de saisir l'enthousiasme d'une patientèle manifestant un intérêt pour les nouvelles technologies et l'innovation médicale, familiarisée au développement personnel. On retrouve ainsi dans les patients une journaliste qui a découvert à la thérapie en rédigeant un article sur la question, un pharmacien, une déléguée médicale, plusieurs conjoints et enfants de médecin. La majorité des patients qui bénéficie de ce traitement (dont le médecin rappelle souvent que la liste d'attente est de trois mois) sont installés « aux premières loges » des innovations médicales. Qui plus est, la phobie apparaît comme un mal démocratique, ou un trouble qui n'implique pas forcément de pathologie lourde associée ni de mise en danger pour autrui. En ce sens, les TCC seraient une sorte de « thérapie pour les normaux » (Castel 1981), ce qui améliore le pronostic, et permet de montrer que ces nouvelles techniques font leurs preuves. Autre élément que les patients partagent avec le thérapeute : un attachement fort à l'innovation, aux objets technologiques ; un pragmatisme appuyé : « tout est bon, pourvu que ça marche » (Feyerabend) doublé d'un volontarisme à tout épreuve : ces patients sont « motivés » et sont, à leur tour, des « entrepreneurs de leur phobie » (« j'ai pris les choses en main, il ne faut pas laisser la phobie s'installer » dit une patiente). La croyance en la technique, l'attachement à l'objet et le processus de sélection rude dont ils ont fait l'objet à l'entrée dans les dispositifs font de ces patients des individus particulièrement enthousiastes et désireux de saisir de nouvelles « prises » dans ce dispositif, à tel point qu'on peut s'interroger sur l'efficacité de la technique quand certains patients semblent soumis à un « effet d'engagement » :

Extrait d'entretien avec une patiente venue pour la phobie de l'eau (peur des requins)

Enquêtrice – Vous voyez les effets de la thérapie ?

Patiente – Oui je vois absolument les effets, parce que du coup cet été, je me suis baignée tout l'été (elle rit)

Enquêtrice – Grâce à la réalité virtuelle, aux techniques ?

³ Le patient doit mémoriser et pouvoir réciter en situation virtuelle chaque lettre de l'acronyme ACARA (traduction du modèle AWARE « AWARE model for coping with anxiety », modèle de gestion de l'anxiété, issu de la théorie d'Aaron Beck, un des pères de la thérapie cognitive). **A**ccueillir l'anxiété (ne pas tenter de la contrôler), **C**ontempler l'anxiété (et l'évaluer de 0 à 10), **A**gir avec l'anxiété (ralentir ses gestes mais continuer d'agir); **R**épéter ces trois étapes ACA ; **A**ttendre le meilleur (arriver à destination, profiter de ses vacances, ou encore se récompenser de l'exposition réalisée)

Patiente – Je sais pas si c'est la réalité virtuelle en tant que telle, pour tout vous dire, puisque j'ai recommencé à me baigner avant d'avoir commencé les séances individuelles et la réalité virtuelle, j'attendais encore mon premier rendez-vous. En fait y a eu plusieurs choses qui m'ont alertées, dans la description de la phobie, de dire « si on laisse une phobie s'installer, en fait c'est laisser un terrain à l'anxiété s'installer, et c'est la possibilité de développer cinquante phobies s'installer d'ici la fin de ma vie » et je me projetais pas du tout dans ce genre de vie-là, et je me suis dit « non en fait, je vais vraiment prendre ça à bras le corps maintenant, j'ai pas du tout envie de laisser un terrain anxieux s'installer ...

Mais l'aspect ludique, spectaculaire ou innovant de la TRV nécessite toutefois pour le patient un travail d'apprentissage important. Parvenir à maîtriser plusieurs espaces et outils de façon simultanée et développer des stratégies d'utilisation pour déployer ces techniques langagières dans l'espace virtuel : ces ajustements successifs autour d'« assemblages » (Dodier et Barbot 2016, Dodier 2017) d'objets matériels, langagiers, voire hybrides⁴ à propos desquels il faut développer une certaine virtuosité constituent l'essentiel de la mise en actes de la thérapie.

Quand il est en immersion, le patient est régulièrement soumis au télescopage de deux univers auditifs, de deux espace-temps : il entend en fond le thérapeute qui lui demande de mesurer son anxiété « quel est votre niveau d'anxiété de 0 à 100 ? », de respirer, de réciter l'acronyme ACARA ou bien est « sommé » d'imaginer un endroit agréable, une personne rassurante, le lieu d'arrivée après un vol en avion, tout en continuant d'évoluer dans l'univers virtuel au sein duquel il « agit » et qu'il fait exister, qu'il « performe », avançant à l'aide d'une télécommande à l'intérieur de cet univers virtuel.

Une autre tension notable dans la gestion de cette interaction pour le psychiatre consiste à rendre l'utilisation familière pour le patient ; assez familière pour que le casque devienne un outil et non un frein à l'immersion dans la réalité virtuelle. Aussi arrive-t-il souvent que le patient ne voit pas bien dans le casque, qu'il n'arrive pas à ajuster ses lunettes, que la pédale ne soit pas centrée, que les écouteurs ne tiennent pas dans ses oreilles, ou encore que l'écran s'éteigne par mesure de sécurité toutes les cinq minutes, autant d'éléments perturbateurs dans la matérialité évidente du dispositif qui constituent des désajustements réguliers de l'interaction entre le psychiatre, le patient et le casque qui rappellent que l'interaction se fait autour de la machine et que le médecin joue principalement un rôle de médiateur entre patient et univers virtuel, le laissant pour ainsi dire à « l'arrière-plan » et dont la finalité serait finalement de « s'éclipser » . Ce travail de familiarisation du patient avec l'objet demande ainsi au thérapeute de *prendre soin des objets* : le mettre en garde contre une mauvaise manipulation ou une dégradation de l'objet. On observe ainsi un déplacement de l'attention du patient vers l'objet, ses fonctionnalités et ses fragilités.

La particularité de l'interaction thérapeutique en TRV se cristallise dans l'émergence d'un échange verbal dont l'ancrage est ambigu, « a-topique » : le patient ou le thérapeute font tour à tour référence tantôt à la situation virtuelle tantôt à la situation réelle (*à un patient qui avance trop loin, casque sur les yeux*) « attention, vous allez vous cogner dans le bureau » « et bientôt, vous allez ... » « rentrer chez moi ? » demande le patient «- Non ! vous allez atterrir et arriver à destination pour passer de bonnes vacances ! ».

⁴ Les objets hybrides ou au statut « flottant » entre plusieurs espaces, présents dans l'environnement virtuel, discutés comme objet réel par le patient, qui ont été fabriqués et placés par le Dr Vallini, qui a conçu et façonné ce monde imaginaire à l'image des phobies du patient peuvent faire l'objet d'une discussion : l'effet que produit la vision d'un « crabe » qui a été dessiné et introduit sur une plage pour une phobie des requins, par exemple et la discussion qui s'ensuit à partir de cet objet qui prend corps dans la réalité virtuelle autant que par le discours.

Ce flottement temporel, linguistique et spatial est caractéristique des séances de thérapie virtuelle ; il s'agit de travailler en situation dans l'environnement virtuel depuis le réel et d'arriver à manier plusieurs espace-temps et plusieurs techniques de façon simultanée. Cette tension engendre parfois des difficultés du côté du patient, face à une série d'ajustements entre sa performance corporelle, qu'il ne parvient pas à réaliser à l'intérieur de l'environnement virtuel (diriger une voiture, être confronté à son angoisse) et sa performance corporelle dans l'environnement réel (réaliser des exercices de respiration) tout en répondant aux sollicitations auditives répétées du thérapeute sous forme de textes à trous :

Extrait d'une consultation en réalité virtuelle avec une patiente qui a peur de conduire :

Thérapeute - vous calez oui vous calez c'est bon vous pouvez y aller

Patiente - (silencieuse, elle roule)

Thérapeute - Allez faites un petit peu ACARA pour terminer

Patiente - euh donc euh accepter le stress...

Thérapeute - Ca veut dire ... ?

Patiente - Ca veut dire ... Oups !

Thérapeute - vous avez heurté une glissière ou quoique ce soit ?

Patiente - Ah oui une glissière.

Thérapeute - Allez on reprend, mettez au point mort s'il-vous-plaît.

Patiente - J'arrive pas à démarrer ...

Thérapeute - Vous avez calé, allez y passez en première.

Patiente - A chaque fois je cale ... (elle reprend la conduite)

Thérapeute - Donc on reprend, ACARA, j'ai pas entendu la fin ? le C ?

Patiente - Euh ... accepter l'anxiété, le stress euh donc euh le pas le ...ne pas essayer de le contrôler, C euh je m'en rappelle plus ...

Thérapeute - Contempler ...

Patiente - Contempler... ? (elle continue de « conduire »)

Thérapeute - Contem l'anxié-, l'anxié- ... ?

Patiente - Contempler l'anxiété ?

Thérapeute - Bien, ça veut dire qu'il faut la me-su-.. ?

Patiente - La mesurer... sur une note de 1 à 10.

Thérapeute - 1 à 100, vous vous en rappelez l'anxiété est toujours tem-po-... ?

Patiente - Temporaire !

Les patients doivent également d'imaginer des situations provenant cette fois-ci de leur imaginaire. Aussi, le caractère ludique de l'interaction humain/machine fait concurrence à la situation qui relève quasiment d'un jeu thérapeutique à « double contrainte » : « retenir » et « réciter » tout en lâchant prise, répondre à des injonctions tout en étant plongé dans un univers virtuel angoissant, rester proche du cadre tout en étant capable de s'en détacher et de s'approprier certains outils plutôt que d'autres, être sommé d'imaginer tout en s'auto-évaluant, développer son autonomie tout en répondant à un cadre rigide :

Thérapeute (aux deux patients) - La substitution positive, c'est le fait de substituer, en fait, vos pensées catastrophe et de les remplacer par des souvenirs agréables (il insiste), donc quand vous êtes anxieux ou anxieuse, de vous concentrer sur des souvenirs agréables, Enfance, adolescence, âge adulte, en impliquant tous vos sens, hein, bien sûr. Alors, je vous écoute, donnez moi un souvenir agréable de votre passé ?

Silence (ils cherchent, l'autre patiente prend une photo du cours sur le tableau blanc)

Malbos - Un premier baiser, une soirée agréable avec des amis, un voyage inoubliable...ce que vous voulez (silence)

Malbos - Allez, à vous (il désigne l'homme)

Patient - Euh...une plage ?

Thérapeute - Vous êtes seul sur la plage ? Y a-t-il quelqu'un ? Votre femme ?

Patient - Ca dépend. Un peu mais pas beaucoup.

Thérapeute - Comment est l'eau ? Transparente ?

Patient - Couleur très claire.

Thérapeute - Vous êtes comment, pieds nus ?

Patient - Euh oui.

Thérapeute – Comment êtes vous, assis, ou allongé ?

Patient – Les deux.

Thérapeute – Ah non, vous ne pouvez pas faire les deux en même temps. Choisissez, assis, debout ? C'est comme ça qu'il faut faire hein. Alors, ensuite, deuxièmement, l'image symbolique (il répète) l'image symbolique (avec une voix traînante) Au moment de la situation vous pouvez faire ça : je suis sur la plage, je peux sentir sous mes pieds les granulés du sable, je peux percevoir l'odeur iodée, j'entends le ressac. Une réminiscence (voix traînante). Alors, ensuite, le cinquièmement : le modèle, vous allez imaginer qu'il y a une personne qui vous rassure avec vous.

Patient – Mais on n'est pas toujours avec des gens ...

Thérapeute – Mais on imagine !!

Lui – Je marche avec quelqu'un, un groupe, je ne les connais pas, alors ce sera peut-être la première personne que je crois du coup.

Thérapeute (le coupe) – Mais ce n'est pas la question, vous imaginez, vous pouvez faire venir n'importe qui ! (il s'empote). C'est pas ma question, vous faites venir une personne, qui que ce soit, en imagination.

Lui – Je n'ai pas des idées comme ça. Vous voulez que je fasse venir Batman c'est ça (ils rient)

Quand il n'y a pas d'interruption liée aux problèmes techniques, les séances fluides sont ponctuées de longues séquences silencieuses (où l'on entend que le clic des souris) et où le patient continue d'évoluer, maître de ses mouvements dans l'univers virtuel qu'il a « commandé » alors que le thérapeute s'occupe à autre chose face à un autre écran (son ordinateur, son téléphone).

Cette forme d'engagement construit (pour ceux qui y adhèrent) de bons élèves, « motivés », qui « révisent » et font leurs « expos en dehors des séances », adhèrent d'autant plus au format et consignes édictées par le thérapeute qu'ils sont récompensés verbalement et que le thérapeute les enjoint à se récompenser, mais construit aussi de « mauvais élèves », moins « corticalisés » qui peinent à la tâche et échouent à réaliser une performance alliant mise en scène du corps dans l'environnement virtuel, et restitution des techniques langagières d'auto-instruction positives :

Extrait de consultation en réalité virtuelle avec un patient qui a peur de conduire

Patient (il récite, le casque sur les yeux) - *Je dois me forcer, je dois retrouver ma liberté, je rentre dans la caverne, je vais trouver le trésor, je suis assez fort pour surmonter cela...*

Thérapeute - *Je vous félicite, vous avez vos trois phrases. On a terminé pour aujourd'hui. N'oubliez pas de vous récompenser ce soir en vous offrant votre pâtisserie préférée ou un restaurant ou un film de votre choix. (Il fait un signe en forme de sinusoïdale) vous savez les progrès, c'est toujours une courbe en dents de scie.*

Deux autres tensions apparaissent alors dans ce registre disciplinaire : les patients qui ne parviennent pas à « imaginer » et improviser des scénarios agréables (plage, personne rassurante) pour se détendre, ceux qui ne sont pas « sensibles » à la réalité virtuelle et n'éprouvent aucune anxiété en immersion ou encore ceux qui ne savent pas quelle genre de psychothérapie ils ont expérimenté par le passé. Dans un lieu où il faut à la fois « lâcher prise » et « retenir » des phrases types, la cohabitation entre trois dimensions demande une coordination de plusieurs actions autonomes dans des univers distincts, faisant appel à des fonctions cognitives multiples (remplir le texte à trous du psychiatre, évoluer dans l'environnement virtuel, respirer profondément pour se confronter à une situation angoissante). Cette « imagination au pouvoir », qui ferait appel à une « rationalité fabulatrice » (Michaud 2017) présente dans la culture anglo-saxonne serait difficile à susciter chez certains patients jugés trop « cartésiens », alors même que paradoxalement, c'est ce qui a constitué leur attrait pour les TCC, évaluées scientifiquement, en premier lieu. Aussi, l'esprit d'initiative et l'autonomie que requiert la thérapie virtuelle est qui en fait une thérapie compatible avec le modèle managérial dont on a vu l'avènement à l'ère capitaliste (Boltanski et Chiapello 1999) ne convient pas à tous les patients.

3. Du côté des thérapeutes et des patients : quelques tensions à propos du dispositif

(S 15)

Face au dispositif, les patients ont une attente particulière : celle de se projeter dans l'action, dans un présent « virtuel » plus que dans le langage et surtout dans une perspective qui allie et réconcilie plusieurs exigences : un certain pragmatisme, plutôt qu'une exploration fouillée du passé et bien qu'ils soient ravis de mettre un nom sur le trouble, les patients refusent d'en assumer la « responsabilité », comme le justifie une patiente qui engage une approche scientifique de la « matérialité » du trouble mental : « *Ce qu'il t'explique, c'est qu'il y a un terrain biologique, c'est pas que de l'acquis, et tu trouves ça rassurant quelque part, qu'il y ait quelque chose de matériel là-dedans ; c'est pas qu'un délire de toi, ça existe dans des gènes, des cellules, que c'est pas que ta responsabilité. Moi ça m'aide à réconcilier quelque chose et à accepter* ». Le discours critique à l'égard de la psychanalyse, en reflet de celui des thérapeutes, est présent en filigrane comme l'explique une patiente : « *Je ne m'intéresse pas assez, la psychanalyse c'est vraiment un truc d'égoцентриque, moi j'aime qu'on m'apprenne des trucs, la psychanalyse c'est remuer la merde en fait, ça aide pas du tout* »

Les patients font également preuve de réflexivité quant à leurs attentes : ils sont conscients que ce n'est pas tellement le casque qui réalise des prouesses thérapeutiques, mais plutôt, selon eux, le dispositif en entier et le fait d'apprendre à manier plusieurs outils pour les introduire dans leur quotidien : « *la séquence avec le casque de réalité virtuelle, c'est comme une répétition générale, tu rééduques ton cerveau qui voit que chacune des répétitions générales se passent bien (...) c'est trop bien d'apprendre des trucs par cœur, comme des mantras en fait, c'est comme réciter un ave maria avec un chapelet* » remarque une patiente. Le travail de groupe en amont est par ailleurs valorisé (les patients demandent souvent au psychiatre « où en sont les autres ? ») et l'apprentissage de départ des différentes techniques de remédiation cognitive.

Il est intéressant de constater que les « interactions » humaines lors du dispositif sont autant mises en avant que les prouesses de l'objet technique, même si l'aspect ludique de la machine demeure une motivation importante pour les patients. En revanche, la tension réside paradoxalement dans l'attribution de la responsabilité des succès : contrairement à ce qu'on peut observer dans les relations entre hommes et machines (Dodier 1992) , ici le médecin doit faire en sorte de *ne pas* être l'auteur de la performance : (« merci docteur, je vous dois tout, vraiment merci, tout ça, c'est grâce à vous » le médecin = « Vous pouvez remercier la thérapie » elle répète merci, il répète, « c'est la thérapie » ou encore : « *je traite de la même façon : ça se traite de la même façon* »). Pour le médecin, la preuve de l'efficacité d'une psychothérapie est démontrée uniquement lorsqu'elle est efficace de façon autonome : elle ne dépend par conséquent pas de l'être humain qui la dispense. Dans le même temps, une autre tension se dessine : celle de refuser au patient de définir le processus thérapeutique à l'œuvre et les raisons de son succès.

Le patient étant immergé dans un autre espace, par la matérialité même du dispositif qui ne place plus les deux acteurs humains que dans une interaction ponctuelle visant à réajuster la fluidité de l'interaction avec la machine quand le besoin se fait sentir, l'attention déployée par le thérapeute ne nécessite pas une attention et une écoute de chaque instant, ce qui lui permet de conjuguer d'autres activités pendant la consultation. (*Un psychanalyste - c'est une séance de repos pour moi, que j'alterne avec une séance de psychanalyse qui est beaucoup plus fatigante en terme d'attention* ») qui permet dans un cadre libéral d'alterner entre différentes tâches et pondérer l'effort, mais dont on dénonce dans le même temps la nature particulièrement routinière.

En effet, ces séances sont décrites comme un travail « extrêmement répétitif » ce qui réinterroge la possibilité d'engager des formes de réflexivité dans le dispositif du point de vue des professionnels à l'œuvre en milieu hospitalier. Le cadre thérapeutique des TCC permet-il de varier les outils ou de construire un format alternatif ? Ces professionnels sont-ils définis par leur capacité à innover, à se saisir de multiples outils pour construire leur stratégie thérapeutique en fonction des profils, ou le format thérapeutique, à l'image de la « cage de fer » métaphorisé par Max Weber, menace-t-elle leur professionnalité à terme, au risque de les réduire à endosser un rôle de futur technicien d'un outil psychothérapeutique protocolisé, médiateur de la relation entre la technologie et le patient, dédiés à l'apprentissage de la technique par les patients en un nombre de séances définies à l'avance, comme l'ambitionne les assurances et la Sécurité Sociale, à l'instar de la profession prescrite de kinésithérapeute ? Les innovateurs sont-ils condamnés à fournir les preuves de l'efficacité des objets qu'ils ont contribué à inventer et concrétiser en déployant une pratique exemplaire et ultra-spécialisée ? Comment envisager une carrière en libéral pendant plusieurs années avec un métier aussi répétitif ?

Conclusion

(S16)

Qu'il s'agisse des TCC dans leur format traditionnel ou bien des TCC assistée par le casque de réalité virtuelle, l'essentiel du travail du patient consiste se familiariser avec la palette d'objets techniques qu'on lui propose pour passer à l'action plutôt que d'entrer dans une démarche d'introspection. La thérapie cognitive assistée par réalité virtuelle ne fait que répondre à la question suivante : « que doit-on se dire à soi-même en cas de situation angoissante ? » En ce sens, la mobilisation du casque de réalité virtuelle constitue un acteur majeur pour *performer* la situation thérapeutique et le « lieu » où le patient peut s'entraîner à mobiliser les outils qu'il a acquis lors de la phase éducative du protocole thérapeutique, mais ne semble pas transformer en profondeur l'approche des TCC : il n'en incarne qu'un des multiples appuis et permet de gagner du temps. Ces « objets thérapeutiques », matérialisés sur des cartes plastifiées ou des stylos, sont mobilisés puis réagencés en fonction de ses préférences par le patient, qui développe au cours de la thérapie des compétences telles que la capacité à imaginer d'autres situations virtuelles tout en étant plongé en immersion dans une situation angoissante mais virtuelle. La nature pragmatique du dispositif est incarnée dans l'idée qu'il n'y a pas de sens particulier à attribuer à la phobie : peu importe ce qui soigne, si ça marche, peu importe quelle est la cause du symptôme, si l'on parvient à acquérir des outils pour « gérer » le trouble et réduire ses manifestations. Et peu importe que l'angoisse se déplace, que l'on devienne agoraphobe puis claustrophobe : (« Si vous avez un tournevis, vous pouvez réparer une table et une chaise, peu importe celui qui est cassé » souligne le Dr Vallini). Le lieu de l'angoisse, qui est matérialisé par l'univers virtuel, est d'ailleurs décrit par le Dr Vallini comme un lieu prétexte pour le patient à exercer les capacités qu'il a développées à gérer son angoisse.

En ce sens, la thérapie virtuelle constitue davantage un support performatif qui permet de matérialiser un lieu propice à l'élaboration de stratégies par les patients autant qu'il permet à l'objet technique d'entrer dans un processus de concrétisation (Simondon 1958) dans l'appropriation qu'en font les patient comme les thérapeutes. Pour autant, l'effet d'engagement que produit l'objet par sa matérialité et son aspect innovant chez les patients et l'adhésion particulière générée par le dispositif TCC assisté par la réalité virtuelle semble rendre nécessaire la constitution de l'objet en « innovation » par différents acteurs pour continuer à produire les conditions de félicité de la thérapie auprès des patients autant que pour inscrire durablement la

thérapie virtuelle dans le monde de la santé mentale et placer le casque TRV sur un marché de biens utopiques.

Bibliographie

- Boltanski L. et Chiapello E., *Le nouvel esprit du capitalisme*, Tel, Gallimard, 1999.
- Beck Aaron T., Emery G., *Anxiety disorders and phobias, a cognitive perspective*, 1985.
- Callon M., « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », 1991
- Callon, M. et Latour, B. Akrich, M., *Sociologie de la traduction, textes fondateurs*, Presse de l'Ecole des Mines, 2006.
- Denis J., « Les nouveaux visages de la performativité », *Etudes de communication*, n°29, 2006.
- Dodier N. *Les hommes et les machines : la conscience collective dans les sociétés technicisées*, Métailié, 1992
- Dodier N., « Les appuis conventionnels de l'action », *Réseaux*, 11/62 1993.
- Dodier N., Barbot, J. « La force des dispositifs », 71^e année, vol. 2, *Annales*, 2016.
- Flichy P., « La place de l'imaginaire dans l'action technique : le cas de l'internet », *Réseaux* 2001/5 n°109.
- Hennion A., « Une sociologie des attachements. D'une sociologie de la culture à une pragmatique de l'amateur ». *Sociétés*, 2004.
- Illouz E., *Les sentiments du capitalisme*, Le Seuil, 2006.
- Michaud T., « De la science-fiction à l'innovation technoscientifique, le cas des casques de réalité virtuelle », *Innovations*, 1/29, 2017.
- Mol, A-M. *The body multiple*, Duke University Press, 2002.
- North M.M. & North S.M. & Coble Jr, « Virtual Reality Therapy, an effective treatment for psychological disorders », *Study in Health technology and informatics*, 1997.
- Lallart E., Voisin C., Jouvent R., « La thérapie virtuelle, un outil de réalisme », *Psychologie clinique*, 2014.
- Simondon, G., *Du mode d'existence des objets techniques*, Editions Aubier, 1958.
- Star S.L. et Griesemer J.R., *Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology*, 1989
- Thévenot, L., *L'action au pluriel. Sociologie des régimes d'engagement*. Paris, Éd. La Découverte, coll. Textes à l'appui/Politique et société, 2006.

LAREQUOI : SYMPOSIUM MAPS 2 – Management et Psychiatrie :
Impacts et pilotage des innovations numériques en santé mentale.

Titre :

**Psychiaclic.fr : un site internet d'aide à la prise de décision des
médecins généralistes pendant la consultation avec un patient
présentant des symptômes psychiatriques.**



Auteurs :

Hélène FOULON	Dr Anaïs VAGLIO
Interne de Psychiatrie à Lille	Psychiatre au CHU de Lille
helene.foulon.1609@gmail.com	Anais.VAGLIO@chru-lille.fr
	Téléphone : 0689886836
	Hopital Fontan 2 Rue André Verhaeghe, 59037 Lille

Mots-clés :

Psychiatrie, Médecine générale, Site internet, Système d'aide à la décision médicale, Coordination, Orientation, Intervention précoce.

Résumé :

Le nouvel enjeu majeur de la psychiatrie est le dépistage précoce des troubles psychiatriques émergents et l'orientation adaptée vers les services spécialisés. Ceci est déterminant afin d'améliorer le pronostic des troubles chroniques tels que les troubles psychotiques. L'amélioration des délais de prise en charge permettrait une amélioration de la réponse aux traitements médicamenteux, une diminution du nombre et de la durée des hospitalisations et permettrait de préserver l'insertion socioprofessionnelle.

Les médecins généralistes sont les premiers professionnels de santé consultés par les jeunes en France. Ils déplorent un manque de formation au dépistage précoce des troubles psychiatriques. Alors que les médecins généralistes avaient déjà accès à des outils en ligne d'aide à la prise en charge en soins primaires dans d'autres disciplines (sites internet « en 3 clics » tel qu'Antibiocllic, Ophthalmoclic, Diabetoclic, Ecglic...), aucun outil numérique d'aide à la décision médicale n'existait en soins psychiatriques généraux.

Notre projet a donc été de créer un site internet indépendant d'aide au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge des troubles psychiatriques lors de la consultation chez le médecin généraliste. Il est le fruit d'une collaboration entre le département de médecine générale et le pôle de psychiatrie et médecine légale du CHU de Lille.

L'objectif principal du site est d'améliorer l'accès et la qualité des soins des patients présentant une pathologie psychiatrique par :

- l'offre d'un soutien technique rapide et facile d'accès,
- l'amélioration de la communication entre professionnels,
- la mise à disposition d'outils d'aide au dépistage et au diagnostic,
- le renforcement des connaissances en psychiatrie des médecins généralistes,
- l'intégration d'un annuaire des ressources disponibles sur le territoire des Hauts-de-France.

Psychiaclic.fr est un site internet gratuit, accessible, indépendant et actualisé. Il aborde tous les troubles psychiatriques mais privilégie l'intervention la plus précoce possible par priorisation en fonction de la tranche d'âge, et intègre une échelle de dépistage des troubles psychotiques émergents. Les sources principales sont le référentiel de psychiatrie et le DSM 5 diagnostics différentiels. Le site propose des fiches didactiques sur l'ensemble des troubles psychiatriques et leurs thérapeutiques, des formulaires interactifs utilisant des algorithmes décisionnels pour aider au diagnostic et à la prise en charge, un logiciel d'aide à la rédaction des certificats médicaux initiaux, un annuaire des lieux de soins psychiatriques de la région Hauts-de-France et un lexique.

Texte complet :

LAREQUOI : SYMPOSIUM MAPS 2 – Management et Psychiatrie :
Impacts et pilotage des innovations numériques en santé mentale.

CONCEPTION D'UN SITE INTERNET D'AIDE À LA PRISE DE DÉCISION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PENDANT LA CONSULTATION AVEC UN PATIENT PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES.

Hélène FOULON: Interne de Psychiatrie à Lille

Dr Anaïs VAGLIO: Praticien hospitalier à Lille



Bonjour à tous, nous venons, aujourd'hui, vous présenter notre site internet qui s'appelle Psychiaclic.fr. Il s'agit d'un site d'aide au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge des troubles psychiatriques lors de la consultation chez le médecin généraliste.

PLAN



Pourquoi ?



Méthode



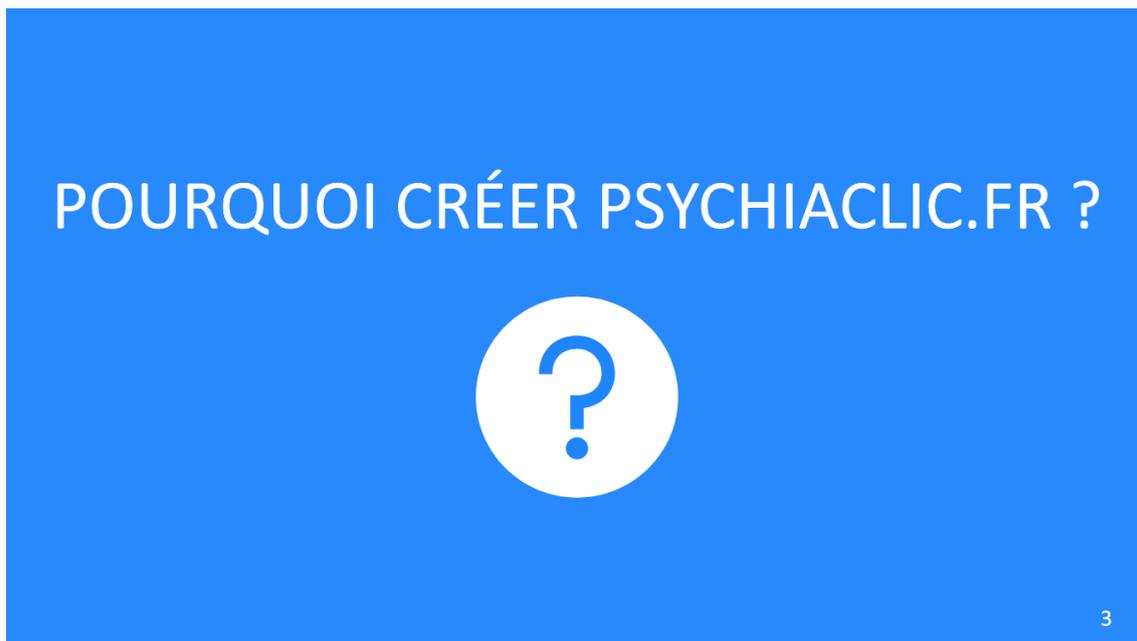
Le site



Perspectives

Durant cette présentation, nous allons tout d'abord vous exposer un état des lieux et vous présenter le contexte et les arguments pour la création d'un tel site. Ensuite, nous vous détaillerons la méthode utilisée et nous vous proposerons de naviguer ensemble sur le site. Et enfin, nous terminerons en discutant des perspectives du projet.

I) Pourquoi créer Psychiaclic.fr ?



POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Etat des lieux :



Prévalence des troubles psychiatriques



Consultations pour motif psychiatrique

Premier consulté : 58%
Maintien du suivi : 47%

Psychiaclic | Symposium MAPS - Management et Psychiatrie, Impacts et pilotage des innovations numériques en santé mentale | OMS, 2001. Kovess-Masféty, 2007. Norton, 2009.

4

Commençons donc par un état des lieux:

Selon l'OMS, une personne sur quatre sera touchée par un trouble psychiatrique à un moment de sa vie. Ces troubles comptent parmi les causes principales de morbidité et de mortalité dans le monde.

Les consultations pour un motif psychiatrique sont très fréquentes. Selon les études, la part serait environ de 30 % des consultations en médecine générale.

Dans une étude française de 2007, on retrouvait que pour 58 % de la population étudiée, le médecin généraliste serait le premier professionnel de santé consulté en cas de symptôme psychiatrique, et 48 % de cette population continuerait à consulter le médecin généraliste pour le suivi d'un trouble psychiatrique.

On sait que ceci est particulièrement vrai chez les adolescent et les jeunes adultes.

POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Troubles psychiatriques sévères :



13-30 ans
Premier épisode psychotique



Retard net du diagnostic
et du traitement (1-2 ans)



Identification -
Orientation

Diminution de
la durée de
psychose non
traitée

Amélioration du
pronostic
fonctionnel et
social

Psychiacllic | Symposium MAPS - Management et Psychiatrie, Impacts et pilotage des innovations numériques en santé mentale | Perkins, 2005. Marshall, 2011. Souaiby, 2016.

5

Il faut savoir que la plupart des troubles psychiatriques graves débutent entre 13 et 30 ans par ce qu'on appelle un premier épisode psychotique, qui peut dans certains cas évoluer vers un trouble chronique comme une schizophrénie, un trouble bipolaire par exemple.

Actuellement, il y a un long retard à la prise en charge. La durée de psychose non traitée, c'est-à-dire la durée entre l'apparition des premiers symptômes et l'introduction d'un traitement est de 1 à 2 ans en France.

On sait maintenant que l'amélioration de la rapidité de prise en charge initiale réduirait le risque d'évolution péjorative et impacterait de manière décisive le pronostic.

Le nouvel enjeu majeur de la psychiatrie est donc le dépistage précoce des troubles psychiatriques émergents.

Plus la durée de psychose non traitée est courte, plus le pronostic est amélioré en terme de réponse aux antipsychotiques, en terme de sévérité des symptômes, en terme de qualité de vie. On observe une augmentation du taux de rémission et une diminution du risque de rechute.

POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Le rôle du médecin généraliste :



Diagnostic et traitement des troubles psychiatriques légers et modérés



Accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés



Aide au repérage précoce des troubles psychiatriques

Psychiaclic | Symposium MAPS - Management et Psychiatrie, Impacts et pilotage des innovations numériques en santé mentale | Perkins, 2005. Marshall, 2011. Souaiby, 2016.

6

On peut reconnaître plusieurs rôles du généralistes dans la prise en charge des troubles psychiatriques.

- Le premier rôle, c'est le diagnostic et le traitement des troubles psychiatriques légers et modérés (comme les trouble dépressif légers, les troubles anxieux);
- Le second rôle, c'est l'accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés (comme par exemple la schizophrénie);

Aujourd'hui, on peut donc ajouter l'aide au repérage précoce des troubles psychiatriques.

POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Les besoins des médecins généralistes :



Manque de formation



Difficultés pour avoir un avis



Difficultés pour adresser



Pas d'outils pour le dépistage des troubles psychiatriques émergents



Psychiaclic | Symposium MAPS - Management et Psychiatrie, Impacts et pilotage des innovations numériques en santé mentale | Chan chee, 2011.

7

Dans ce cadre quels sont les besoins pour le médecin généralistes ?

Les médecins généralistes déplorent un manque de formation dans le domaine de la psychiatrie. La formation initiale de tout médecin comporte un enseignement théorique sur les troubles psychiatriques. Néanmoins les médecins généralistes déclarent qu'ils n'ont pas forcément un accès ou du temps pour effectuer des stages dans les services de psychiatrie lors de leur formation initiale. Une fois leurs études terminées, ils ont peu de temps à consacrer à la psychiatrie dans leur formation continue.

Ils rajoutent avoir des difficultés à obtenir un avis spécialisé auprès d'un psychiatre. Ils déclarent qu'il est plus facile d'échanger par téléphone ou par mail avec les autres spécialités.

Les médecins généralistes décrivent des difficultés pour adresser les patients à un psychiatre. Ils disent que le système de soin en psychiatrie est complexe et qu'il ont une mauvaise connaissance des structures psychiatriques et de leur missions respectives.

D'autres part, les médecins généralistes rapportent aussi que les délais d'attente sont souvent importants pour avoir accès à une consultation avec un psychiatre. Dans les Hauts-de-France, il y aurait en moyenne un délai de deux mois pour voir un psychiatre. Ils déplorent aussi le fonctionnement des centres médico-psychologiques qui travaillent encore beaucoup avec le fax, un outil qu'ils trouvent obsolète.

Enfin, il n'y a pas d'outils validés pour le dépistage des troubles psychiatriques émergents en médecine générale

POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Etude préalable des attentes des MG :

- Intérêt unanime d'un site internet
- Aide diagnostique par syndrome ou groupe de symptômes
- Information sur les thérapeutiques
- Dictionnaire des termes sémiologiques
- Courriers type
- Annuaire des structures
- Ligne téléphonique / hotline d'urgence



Une étude préalable a été réalisée pour connaître les attentes des médecins généralistes.

On retrouvait un intérêt unanime pour la création d'un outil numérique d'aide à la prise de décision en psychiatrie.

La demande était une aide au diagnostic par syndrome ou groupe de symptômes, une information sur les thérapeutiques, un dictionnaire des termes sémiologiques spécifiques de la psychiatrie, un accès à des courriers type d'adressage, un annuaire des structures dédiées à la psychiatrie.

Enfin à travers des commentaires libres sur le questionnaire de cette étude, les médecins généralistes faisaient la demande de plus de lien avec les psychiatres notamment à travers l'existence d'une ligne téléphonique.

POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Quel outil pour le dépistage des troubles psychotiques émergents en MG ?



- Auto-questionnaire en 16 items
- Ne nécessite pas de formation préalable
- Cotation simple
- Bonne sensibilité
- Bonne spécificité

Actuellement, les médecins généralistes ne disposent pas d'un outil pour la détection précoce des troubles psychotiques.

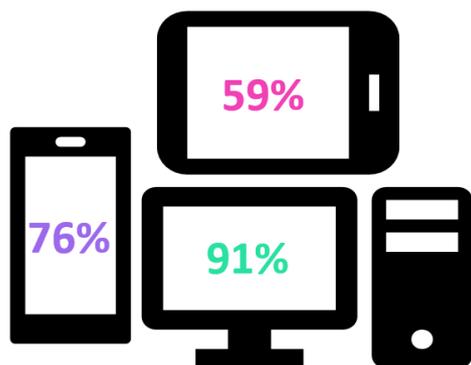
Une revue de littérature avait eu pour objectif de rechercher dans la littérature des différents outils de repérages des prodromes psychotiques et d'essayer de trouver lequel pourrait être pertinent pour une utilisation par le médecin généraliste.

Il apparaît que le PQ-16 serait l'outil le plus pertinent. Il s'agit d'un auto-questionnaire en 16 items. Il a une bonne sensibilité et une bonne spécificité. Il ne nécessite pas de formation préalable à son utilisation. La cotation est simple.

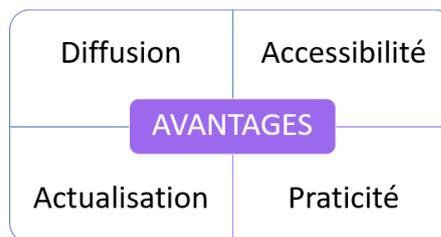
POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Les outils numériques en médecine générale :



Formation e-learning



Psychiaclac | Symposium MAPS - Management et Psychiatrie, Impacts et pilotage des innovations numériques en santé mentale | IPSOS, 2018.

10

Actuellement, le support Internet est l'outil qui se développe le plus pour l'aide à la pratique médicale.

Selon L'enquête annuelle IPSOS santé connect 2018, les médecins généralistes déclarent une utilisation très importante des outils digitaux dans le cadre de leur profession : 91% utilisent un ordinateur quotidiennement, 76% un smartphone et 59% une tablette. Internet serait principalement utilisé pour : accéder à des informations scientifiques sur les pathologies.

1 médecin généralistes sur 2 a déjà suivi une formation en ligne.

L'outil numérique offre de nombreux avantages :

- Il facilite la diffusion des informations.
- Il y a une Accessibilité pour tous les médecins à condition de posséder un ordinateur, ou un smartphone.
- Les informations peuvent être Exhaustive, avec une actualisation facile des données en fonction des nouvelles recommandations.
- Outil pratique et rapide utilisable dans le temps de la consultation.

POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) :

« applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients ».

➡ Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins



orphanet

Voici quelques définitions.

Les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) sont « des applications informatiques dont le but est de fournir aux cliniciens en temps et lieux utiles les informations décrivant la situation clinique d'un patient ainsi que les connaissances appropriées à cette situation, correctement filtrées et présentées afin d'améliorer la qualité des soins et la santé des patients ».

Dans environ deux tiers des études rapportées dans la littérature, l'utilisation des SADM entraîne une amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sous réserve que les systèmes soient bien adaptés au processus de travail du médecin.

Il y a ici 3 sites très utilisés par les médecins généralistes:

- Le crat qui informe les professionnels de santé sur les effets des médicaments lors de la grossesse.
- L'institut pasteur qui reprend l'ensemble des recommandations en terme de vaccination des voyageurs.
- Et Orphanet qui le est portail de référence sur les maladies orphelines.

POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Les SADM « en 3 clics » :

« site sur lequel l'internaute doit pouvoir accéder à n'importe quelle information en suivant au plus 3 hyperliens (clics de souris) depuis la page d'accueil ».



Aucun SADM en 3 clics dédié à la psychiatrie

Les médecins généralistes utilisent des SADM « en 3 clics » : « site sur lequel l'internaute doit pouvoir accéder à n'importe quelle information en suivant au plus 3 hyperliens (clics de souris) depuis la page d'accueil ».

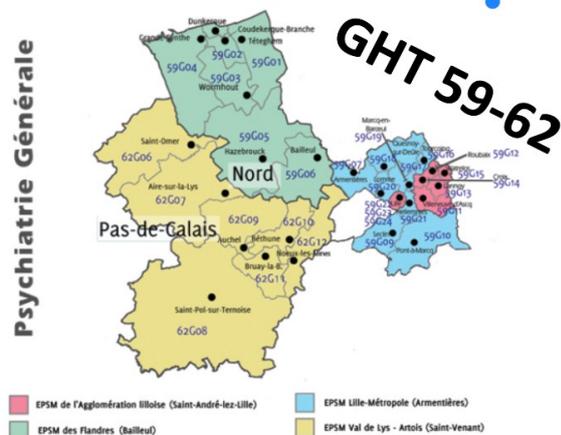
Voici quelques exemples de site, le plus utilisé est certainement antibiocllic, qui est un site d'aide à la prescription des antibiotiques en soins primaires.

Il n'existait pas, à notre connaissance, de site d'aide à la prise de décision médicale dédié à la psychiatrie.

POURQUOI CRÉER PSYCHIACLIC.FR ?



Genèse du projet Psychiaclic :



PEP 48 est un projet régional qui réunit via une convention constitutive les 4 établissements publics de santé mentale du Nord et du Pas-de-Calais, regroupés dans le GHT psy 59-62, et le CHU de Lille. Son objectif est de réduire le délai d'accès aux soins pour les jeunes qui présentent des premiers signes de trouble psychiatrique à 48h. Pour l'atteindre, PEP 48 promeut et soutient le développement de nouvelles modalités de soins et d'outils d'aide à la prise en charge telles que le case-management dans les psychoses émergentes, dispense de la formation et sensibilise les différents acteurs de la prise en charge.

C'est dans le cadre du projet PEP 48 que nous avons donc développé ce site internet. Il est le fruit d'une collaboration entre le département de médecine générale et le pôle de psychiatrie et médecine légale du CHU de Lille.



L'objectif de ce travail a été de créer un site internet d'aide au diagnostic, à l'orientation et à la prise en charge des patients présentant des symptômes psychiatriques, destiné à l'accompagnement de la prise de décision des médecins généralistes pendant la consultation.

Ses objectifs sont de permettre une amélioration de l'accès aux soins, en particulier chez les jeunes avec un trouble psychiatrique émergent, et donc une amélioration du pronostic et de la qualité des parcours de soins.

2) Matériel et méthode :



MATERIEL ET METHODE



Cahier des charges :



Améliorer l'accès aux soins et la qualité des soins en psychiatrie



Médecins généralistes
Internes en médecine générale



THEME :

Diagnostic, orientation et prise en charge de l'ensemble des troubles psychiatriques

FONCTIONNALITES :

Répondre aux besoins des médecins généralistes

L'étape du cahier des charges a permis de formaliser les besoins et les objectifs du site. L'objectif principal du projet c'était d'améliorer l'accès et la qualité des soins en psychiatrie.

La cible du site c'est les médecins généralistes, installés ou remplaçants, les internes de médecine générale, ainsi qu'éventuellement les médecins d'autres spécialités. Le site ne sera pas destiné aux patients, ni aux familles, ni au grand public.

Au niveau de l'offre :

Le périmètre thématique du site sera le diagnostic, l'orientation et la prise en charge de l'ensemble des troubles psychiatriques.

Et au niveau des fonctionnalités :

Il devra répondre aux besoins des médecins généralistes tels que nous vous les avons présenté en introduction.

MATERIEL ET METHODE



Utilisabilité :



Gratuit
En accès libre



Simple, intuitive



Epuré

Qualité / Fiabilité :

Indépendance

Interactivité

Clarté

Exactitude

Confidentialité

Pertinence

Actualisation

Au niveau de l'utilisabilité :

Le site sera gratuit et en accès libre sur les différents moteurs de recherche.

L'Ergonomie sera simple et intuitive

Le Design sera épuré et adapté au thème du site.

Pour ce qui est de la qualité et de la fiabilité :

- le site sera indépendant vis à vis de l'industrie pharmaceutique. Le financement devra être transparent.
- les sources sont validées et citées pour permettre une exactitude des données.
- le contenu compréhensible et clair.
- il sera pertinent et donc en adéquation avec les besoins des médecins généralistes en consultation.
- le site sera administrable pour permettre une mise à jour régulière selon les recommandations.

- le principe de confidentialité sera respecté avec aucun enregistrement de données personnelles ni du patient, ni du médecin.
- le site sera interactif avec la possibilité de rentrer en contact avec les auteurs une rubrique contact.

MATERIEL ET METHODE



Elaboration du contenu :

Objectifs :	Pages :	Sources :
Renforcement des connaissances	Fiches « Maladies », « Médicaments », « Psychothérapie »	Référentiel de psychiatrie et d'addictologie + lien vers Psychopharma
	Lexique	Dicosémiopsy
Outils d'aide au dépistage, au diagnostic et à l'orientation	Formulaires d'aide au diagnostic	DSM 5 diagnostics différentiels
	Formulaire « Urgence »	Référentiel de psychiatrie et d'addictologie
	Auto-questionnaire de recherche de prodromes psychotiques	PQ16
	Logiciel d'élaboration de certificat initial	Logiciel Cert'in
Amélioration de la communication entre professionnels	Courrier d'adressage	
	Annuaire des ressources disponibles sur le territoire	Annuaire F2RSMPsy + adresses e-mails des structures.

Pour l'élaboration du contenu, voici un tableau qui reprend notre démarche.

Afin de renforcer les connaissances du MG, nous avons créé des fiches maladies, des fiches médicaments, des fiches psychothérapies à partir du référentiel de psychiatrie et d'addictologie. Les fiches médicament sont succinctes et un lien sera fait vers un site partenaire, Psychopharma.fr élaboré par une autre équipe de Lille et dédié aux prises en charge médicamenteuses.

Nous avons aussi pu incorporer le lexique des termes psychiatriques du dicosemiopsy auquel nous avons fait quelques ajouts pour les besoins du site.

Face à la demande d'outils d'aide au dépistage, au diagnostic et à l'orientation, nous avons créé des formulaires d'aide au diagnostic à partir du DSM 5 diagnostics différentiels, un formulaire d'urgence à partir du référentiel de psychiatrie et d'addictologie. Il est possible de télécharger l'auto-questionnaire de recherche de prodromes psychotiques si le patient est un adolescent ou un jeune adulte, le PQ16. Et un logiciel d'élaboration de certificat de soins sans consentement est intégré au site, le cert'in.

Afin d'améliorer la communication entre MG et psychiatre, un courrier d'adressage est généré avec les réponses aux formulaires. Et l'annuaire de la fédération de recherche en santé mentale est intégré au site, il reprend l'ensemble des structures de la région, nous avons ajouté les adresses mails.

MATERIEL ET METHODE



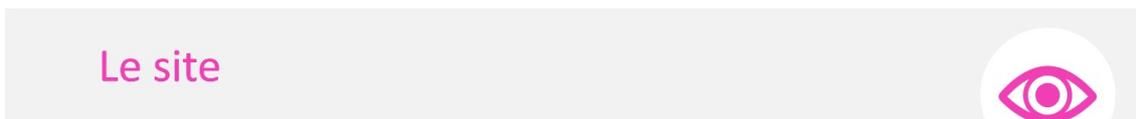
Les critères qualités eEurope 2002 :

- Transparence et Honnêteté
- Obligation de référence
- Protection des données et de la vie privée
- Actualisation de l'information
- Responsabilité
- Accessibilité

L'HAS recommande de suivre les critères qualités eEurope 2002 pour une ressource numérique, qui sont donc:

- Transparence et Honnêteté
- Obligation de référence
- Protection des données et de la vie privée
- Actualisation de l'information
- Responsabilité
- Accessibilité

3) Le site



<https://psychiaclic.fr>

=> Navigation sur le site.

Voici la page d'accueil. Elle est visible entièrement par un scrolling.

- La barre de menu est présente sur toutes les pages du site. En cliquant sur le logo, on revient sur cette même page d'accueil. Elle permet de se rendre dans les sections principales du site, on a un moteur de recherche et un bouton pour évaluer l'urgence de la situation.

- Le pied de page : Il contient des liens vers les mentions légales, les contacts, les téléchargements, et les logos des partenaires principaux. On y trouve la phrase suivante : « Les informations issues

de ce site internet ne se substituent pas à la responsabilité de décision et de prescription du médecin généraliste ».

Formulaires d'aide au diagnostic et à l'orientation :

Le formulaire d'aide au diagnostic a été pensé en 3 étapes :

1 : Une étape de débrouillage diagnostique à partir du motif de consultation proposant une variété de symptômes : Cette page comprend des questions fermées dont la réponse est par défaut « non ». Le médecin généraliste coche « oui » si le symptôme concerne son patient.

2 : Une étape d'évaluation de l'urgence (commune à tous les motifs de consultation) : Cette page, à la suite de la première, comprend des questions fermées sur les situations d'urgence possibles et comporte un formulaire plus détaillé d'évaluation du risque suicidaire.

3 : Une étape de synthèse des réponses aux questions des étapes 1 et 2 avec les différents diagnostics possibles et des propositions de conduites à tenir claires (adressage aux urgences, adressage rapide à un psychiatre et consignes pour la prise en charge en médecine générale) : Cette étape propose des liens vers les fiches-maladies correspondantes, vers le logiciel d'aide à la rédaction d'un certificat initial si le questionnaire a retrouvé une impossibilité de consentir aux soins, ou un lien vers un auto-questionnaire d'évaluation des prodromes psychotiques s'il s'agit d'un patient adolescent ou jeune adulte : le PQ16. Enfin, l'utilisateur a la possibilité de générer un courrier reprenant l'ensemble des informations précédentes.

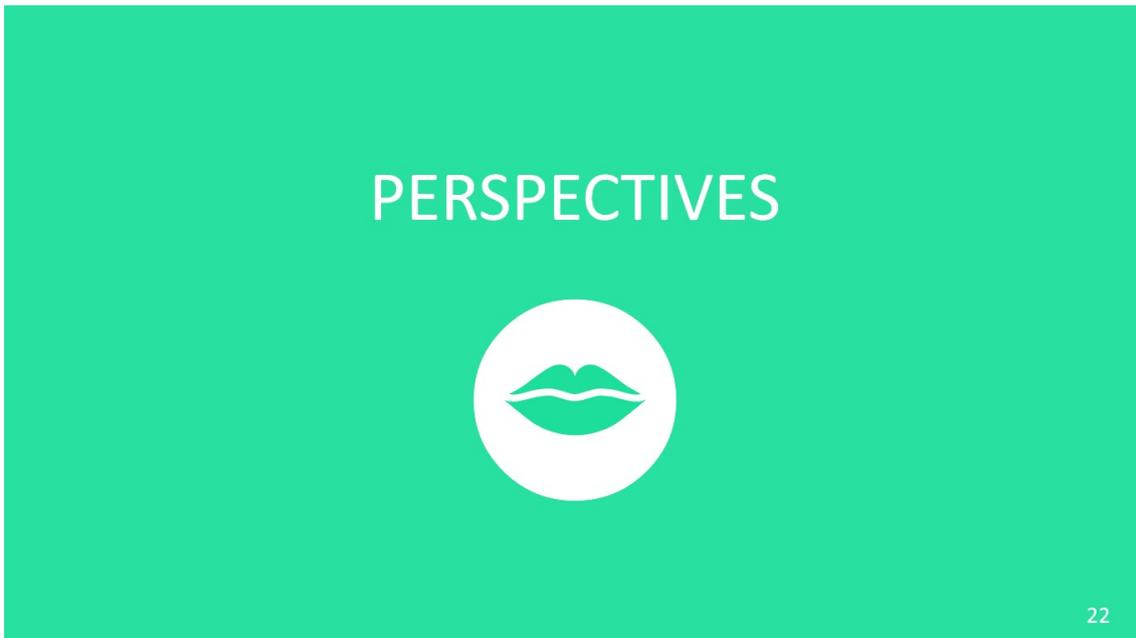
Les fiches maladie:

- On a réalisé 1 fiches maladie par trouble.
- On va regarder ensemble la fiche trouble dépressif.
- Chaque fiche maladie contient au minimum les rappels séméiologiques, les critères diagnostiques, les diagnostics différentiels, les comorbidités et une proposition de conduite à tenir contenant les critères d'orientation aux urgences ou vers un psychiatre, ainsi que des consignes succinctes concernant la prise en charge thérapeutique.

Autres ressources :

- Des liens vers des sites ou applications validés
- Un guide thérapeutique
- Une aide à la rédaction des certificats médicaux semi-automatisée
- Un lexique des termes sémiologiques de la spécialité
- Un annuaire des structures psychiatriques de la région Haut de France : Il inclut une fonction recherche en lien avec le lieu d'habitation du patient et une cartographie dynamique contenant les lieux d'urgences ou de consultation sans rendez-vous.

4) Perspectives :



PERSPECTIVES



Et maintenant ?



- Accroître la fiabilité
- Etendre l'annuaire
- Créer une hotline d'urgence
- Intégrer une page « Vigilans », (prévention du suicide).



Réseaux sociaux

F2RSM Psy
Hauts-de-France



Congrès



Pérenniser l'existence du site

Les objectifs seraient :

- d'accroître la fiabilité du site, notamment par l'avis du comité scientifique,
- d'étendre l'annuaire au niveau national,
- de proposer une hot-line d'urgence,
- d'intégrer une page « Vigilans », lien avec le dispositif pour la prévention du suicide.

- de favoriser sa diffusion, sur les réseaux sociaux des médecins généralistes, par la fédération de recherche en santé mentale, par des présentation en congrès. Le site a déjà bénéficié d'un article sur le site santémentale.fr en janvier 2020.
- Et évidemment ensuite de pérenniser son existence.

PERSPECTIVES



Phase de tests ergonomiques :



- Enclins à utiliser le site fréquemment.
- Facile à utiliser.
- Ne nécessite pas d'aide à l'utilisation.
- Fonctionnalités sont bien intégrées.
- Cohérent.
- Ne nécessite pas d'apprentissage préalable.
- Met en confiance.

Une phase de test a eu lieu entre décembre 2020 et janvier 2021 au laboratoire d'ergonomie au sein de la faculté de médecine de Lille et font l'objet d'un travail de thèse en cours. Les premiers résultats sont disponibles et ont montré que :

- o Les utilisateurs sont globalement enclins à utiliser le site fréquemment (7/11 participants).
- o Le site est parfois inutilement complexe (3/11 participants).
- o Le site est facile à utiliser (8/11 participants).
- o Le site ne nécessite pas d'aide à l'utilisation (10/11 participants).
- o Les fonctionnalités sont bien intégrées (7/11 participants).
- o Le site est cohérent (7/11 participants).
- o L'apprentissage est rapide (8/11 participants).
- o Le site ne nécessite pas d'apprentissage préalable (9/11 participants).
- o Le site met en confiance (7/11 participants).



L'évaluation selon le modèle avant – après dès sa mise en ligne et à 3 ans :

- Amélioration de l'accès aux soins → mesure délai demande d'avis - prise en charge psychiatrique
- Amélioration de la Qualité des soins → enquête de satisfaction auprès des usagers
- Amélioration des connaissances des MG → enquête de satisfaction

L'efficacité de Psychiaclic sera évaluée selon le modèle avant-après dès sa mise en ligne et à 3 ans :

- Évaluation de l'effet sur l'amélioration de l'accès aux soins par la mesure du délai entre la demande d'avis par le médecin généraliste et la date de prise en charge par les soins psychiatriques.
- Évaluation de l'amélioration qualité des soins par une enquête de satisfaction auprès des usagers et leurs familles.
- Évaluation de l'effet sur l'amélioration des connaissances des médecins généralistes par une enquête de satisfaction.



Statistiques de connexion :

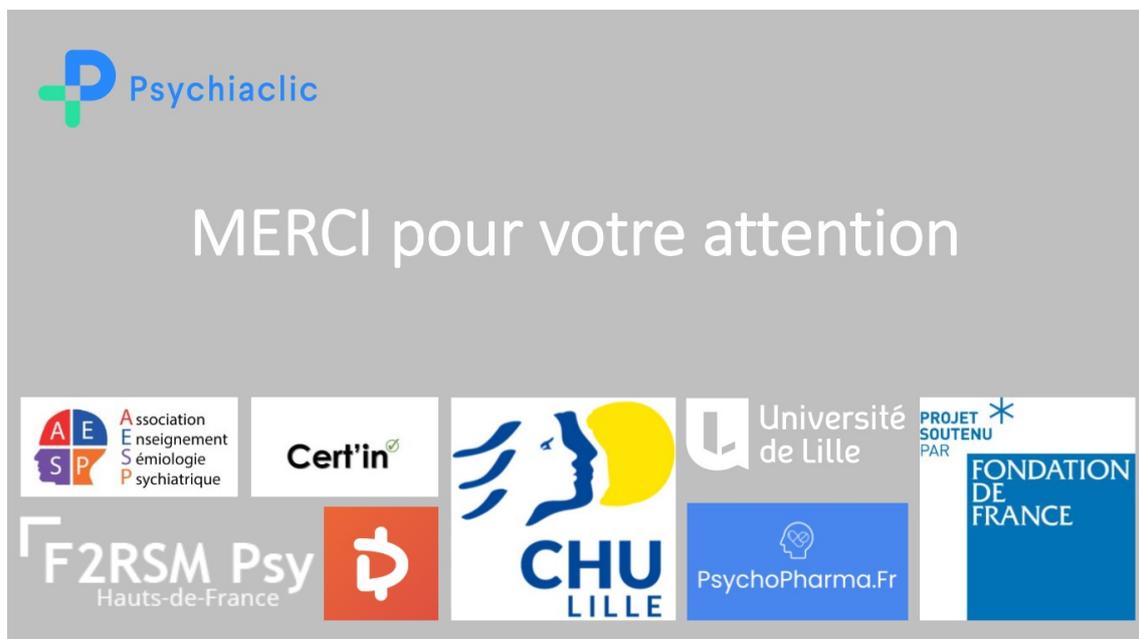
- Le nombre de visiteurs uniques,
- les moteurs, annuaires et sites référents,
- les pages les plus, et les moins visitées,
- la provenance géographique des visiteurs,
- les jours et tranches horaires des visites,
- les navigateurs utilisés par les visiteurs,
- les terminaux utilisés (ordinateur de bureau, tablette, smartphone),
- la vitesse du site.



Il est souhaité de pouvoir avoir accès aux statistiques suivantes :

- Le nombre de visiteurs uniques,
- les moteurs, annuaires et sites référents,
- les pages les plus, et les moins visitées,
- la provenance géographique des visiteurs,
- les jours et tranches horaires des visites,
- les navigateurs utilisés par les visiteurs,
- les terminaux utilisés (ordinateur de bureau, tablette, smartphone),
- la vitesse du site.

L'accès aux statistiques de fréquentation du site se fera grâce à un logiciel de statistiques indépendant et gratuit, donnant l'entière propriété des données collectées, installé sur le serveur du site Internet, et conforme à RGPD.



EFFICACITE D'UN TRAITEMENT PAR REALITE VIRTUELLE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ARRET DU TABAC

Titre abrégé : 3DSmoke

Auteurs et institutions professionnelles

Pr. BROUSSE Georges, Professeur de Psychiatrie et d'Addictologie - CHU de Clermont-Fd, Service d'addictologie, Psychiatrie B

Dr. TREMEY Aurore, Psychiatre Addictologue - CHU de Clermont-Fd, Service d'addictologie, Psychiatrie B

Auteurs assurant la correspondance

Mme CHALMETON Maryline, chargée de projet, mchalmeton@chu-clermontferrand.fr, 04 73 75 49 86, CHU de Clermont-Fd, Service d'addictologie, Psychiatrie B, 58, rue Montalembert – 63 000 Clermont-Ferrand

Dr. TREMEY Aurore, atremey@chu-clermontferrand.fr, 04 73 75 20 72, CHU de Clermont-Fd Service d'addictologie, Psychiatrie B, 58, rue Montalembert – 63 000 Clermont-Ferrand

Mots-clés

Réalité virtuelle, tabac, craving, cyberthérapie, TCC

Thème, contexte et enjeux

Le tabagisme est la principale cause de morbidité et de mortalité évitable, en faisant ainsi l'un des problèmes de santé publique les plus graves au monde. En France, la prévalence du tabagisme quotidien est d'environ 25% chez les 18 à 75 ans, et les coûts pour la société restent considérables. La majorité des fumeurs souhaiterait pourtant arrêter de fumer, d'ailleurs le nombre de fumeurs en quête de traitement a augmenté de 25% entre 2017 et 2018 en France. Toutefois, seulement 10% à 30% d'entre eux parviennent à une abstinence à long terme et la majorité rechute dans les 12 mois.

Une des dimensions centrales de l'addiction est le craving, défini comme un fort désir de consommer des substances. Il associe des mécanismes neurobiologiques et psychologiques complexes et peut être induit par des stimuli internes ou externes. Le craving est très répandu chez les fumeurs (Tiffany et al 2009) et se ressent pendant très longtemps, même après un arrêt réussi (Hughes et al 2010, Wray et al 2013). Il est fortement associé à une perte de contrôle et à la rechute (Marlatt 1985).

L'abord thérapeutique des addictions vise à limiter l'emballement des processus sous corticaux à l'origine du craving via une approche médicamenteuse et à renforcer les mécanismes de contrôles corticaux via une approche psychothérapique. Cette dernière cherche à obtenir une modification des cognitions et des émotions liées au tabac via un réapprentissage de la gestion du produit. Cela implique la présentation (ou évocation) répétée d'un signal précédemment lié à la consommation, mais en l'absence de renforçateur (la consommation de produit). La plupart des thérapies de remédiation dans le cadre des addictions ont été développées et pratiquées en "imagination" (on demande au patient de penser à des

situations) mais elles sont difficiles à contrôler et sont rarement utilisées avec des situations inductrices de consommation.

Apports / intérêt de la communication

L'utilisation de la réalité virtuelle permet de créer des paradigmes d'exposition immersive afin de recréer des situations environnementales à risque dans des conditions de sécurité pour le patient. L'avantage est de pouvoir faire une exposition maîtrisée et progressive à des stimuli complexes, dynamiques et tridimensionnels, sans confrontation directe au produit. La réduction de la réactivité aux signaux générant le craving se fait en appliquant directement dans l'environnement virtuel les stratégies élaborées avec le thérapeute et en les répétant.

Plusieurs chercheurs ont déjà utilisé avec succès des applications de réalité virtuelle dans les addictions mais il existe peu de données sur les évaluations objectives de l'efficacité de la cyberthérapie dans le traitement de la dépendance au tabac, en particulier en association avec les deux traitements de référence de l'arrêt du tabac que sont la substitution nicotinique associée à la thérapie cognitive et comportementale (Park et al 2014, Niaura et al 1999, Pericot-Valverde et al 2019).

Objectifs et problématique de la recherche

Cette étude pilote vise donc à évaluer l'efficacité de l'ajout d'un programme de réalité virtuelle à un traitement de dépendance au tabac couplant substitution nicotinique et thérapie cognitivo-comportementale (TCC) après 6 semaines de traitement, et jusqu'à 12 mois post intervention.

Méthode et matériel utilisé

Les patients présentant une dépendance tabagique seront randomisés dans deux bras de traitement :

- 1/ association thérapie virtuelle, TCC et thérapie par patch de nicotine
- 2/ association TCC et thérapie par patch de nicotine.

Les patients seront traités pendant 6 semaines à raison d'une séance par semaine, et suivis pendant 12 mois.

Le logiciel exploité pour la thérapie virtuelle est C2Addict de la société C2Care. Ce logiciel est reconnu comme un dispositif médical CE de classe 1. Il fonctionne avec des casques Rift S contrôlés par le thérapeute via un ordinateur.