



**LE TRANSFERT DANS LA PSYCHOTHÉRAPIE  
PAR VISIOCONFÉRENCE**

*TRANSFER INTO VIDEOCONFERENCING  
PSYCHOTHERAPY*

---

**Véronique Donard**

Psychanalyste, Docteur en psychopathologie clinique  
Professeur à l'Université Catholique de Pernambuco (UNICAP)  
Recife – Brésil

---

*Cette article est destiné à la recherche et à l'enseignement.  
Il ne peut être utilisé dans un but commercial.*

*Doi : 10.17019/2016.EPP.5.3.-02*

## Résumé

L'abolition des frontières spatiotemporelles amenée par les NTIC a permis la mise en place de modalités de soin à distance, notamment dans les métiers de la médecine et de la psychologie. Afin de réfléchir au cadre de ces nouvelles formes de consultations, cet article propose de parcourir la dimension transférentielle de la relation psychothérapeutique, dans une perspective psychodynamique, lorsque cette dernière se noue et se maintient grâce à des visioconférences, alors que les interlocuteurs vivent des réalités de temps et d'espace parfois radicalement opposées. Après un rappel de ce qu'est et implique le transfert dans une relation thérapeutique IRL – In Real Life –, nous examinerons les formes qu'il vient à adopter dans une consultation par webcam, montrant comment une perception biaisée par la distance et le décalage temporel n'empêche en rien l'existence de ce que Freud nommait le moteur de la cure analytique.

**Mots clés :** Nouvelles technologies ; psychothérapie ; dimension spatio-temporelle ; corps ; transfert.

## Abstract

This research is about coping strategies set up by teenagers facing the conflicts they have with their parents. The abolition of spatiotemporal boundaries brought about by the New Information and Communication Technologies enabled the implementation of modalities of care at distance, particularly in the medical and psychological professions. In order to reflect the framework of these new forms of consultation, this article examines the transference dimension of the psychotherapeutic relationship, from a psychodynamic perspective, when the latter is established and maintained through videoconferences, while interlocutors live time and space realities that are sometimes radically opposed. After a reminder of what is and implies the transfer in an IRL – In Real Life therapeutic relationship, we will examine the forms that it comes to adopt in a webcam consultation, showing how a perception biased by distance and time shift in no way prevents the existence of what Freud called the motor of the analytic cure.

**Keywords:** New technologies; psychotherapy; spatiotemporal dimension; body; transfer.

Dans un monde qui communique, échange, négocie dans une simultanéité qui se joue de l'horloge, des saisons ou des continents, l'abolition des frontières spatiotemporelles amenée par les NTIC a permis la mise en place progressive de modalités de soin à distance, notamment dans les métiers de la médecine et de la psychologie. Or, chaque nouvelle disposition du cadre thérapeutique mérite que l'on s'y attarde et que l'on réfléchisse à ses implications, tant pour le patient comme pour le thérapeute. Cet article propose ainsi de parcourir la dimension transférentielle de la relation psychothérapeutique, dans une perspective psychodynamique, lorsque cette dernière se noue et se maintient grâce à des visioconférences, alors que les interlocuteurs vivent des réalités de temps et d'espace parfois radicalement opposées. Quelle capacité avons-nous à maintenir une relation, à l'investir et la faire vivre, lorsque les sens sont continuellement convoqués à se situer dans une temporalité et dans un espace qui ne correspondent pas à ceux de notre réalité immédiate ?

## Corps et vie connectée

Parler de l'impact et la place des nouvelles technologies dans notre quotidien semble, de nos jours, tenir presque du lieu commun. Pourtant, il est étonnant de constater à quelle vitesse nous sommes passés d'une modalité d'existence qui s'accommodait, pour se comprendre et s'organiser, de notions spatiales tridimensionnelles, à une réalité qui, parce qu'elle est hyper-connectée, rend ces mêmes notions caduques. Effrénée et asynchrone, ou multi synchrone, l'accélération induite par les NTIC (voir Rosa, 2010, 2012) heurte sans cesse notre besoin de rester reliés à la temporalité et à l'espace de notre environnement. Car nous sommes devenus, pour le meilleur et pour le pire, citoyens du monde, et cela ne signifie pas uniquement nous réjouir de l'abolition des frontières socio-culturelles – ou la déplorer –, mais également être convoqués sans cesse là où nous ne sommes pas, à l'heure qu'il n'est pas. Ce décalage incessant entre notre réalité immédiate et

celle de nos interlocuteurs – qu'ils soient au bout du monde ou au bout de la rue – nous oblige à un effort soutenu pour nous adapter à leur réalité sans perdre contact avec la nôtre.

De fait, lorsque nous vivons dans un environnement où la succession des journées et des saisons règle notre rythme de travail et de repos, notre vie sociale, nous n'avons guère besoin d'autres repères spatiaux que ceux hérités des théories euclidienne et newtonienne – hauteur, largeur, profondeur –, ni d'autres marques spatio-temporelles que celles dictées par les impératifs et les perceptions de notre corps qui, nous dit Merleau-Ponty, « est la matrice de tout espace existant » (Merleau-Ponty, cité par Vetö, 2008, p. 414). Cependant, depuis l'avènement des NTIC, nous faisons constamment l'expérience de combien temps, espace et matière sont interdépendants l'un de l'autre, et ressentons à même notre chair combien il nous est difficile de nous adapter à cette réalité connectée, pluri-spatiale et multi-temporelle. Car notre corps, quoi qu'on en dise, se situe là où sa matière l'ancre : ici et maintenant. Et, parce qu'il « est notre subjectivité elle-même » (Merleau-Ponty, cité par Vetö, 2008, p. 415), c'est donc notre être même qu'il convoque, incessamment, à cet ici et maintenant dicté par le bios auquel nous appartenons.

Cela est également vrai en ce qui concerne la découverte et l'appréhension de l'autre. C'est, en effet, à partir de « la présence vivante et épaisse » de notre corps, nous dit Merleau-Ponty (1945, p. 122) que nous nous saisissons de l'espace dans lequel nous évoluons et que rencontrons le monde et, par conséquent, l'autre. Ainsi, l'être humain est doté d'une sensibilité qui le prédispose à rechercher le contact immédiat. En paraphrasant Descartes, nous pourrions dire : « Je te perçois – quel que soit le sens convoqué par la perception – donc tu es. » Le croquis interne qui dessine progressivement les traits de l'autre relève, bien entendu, des élaborations idéiques, ou encore de notre vie fantasmatique, mais s'étaye toujours sur notre sensorialité. Certes, nous avons la capacité de nous projeter dans une conjonction spatiotemporelle qui n'est pas la nôtre, et, là, d'y retrouver autrui, mais au prix de quels efforts, et sous quelles modalités ?

## Lors d'une relation thérapeutique IRL (In Real Life)

Pour avancer dans notre réflexion, examinons ce qu'il se passe lors d'une séance dite classique, où thérapeute et patient sont physiquement en présence l'un de l'autre. Nous avons l'habitude de penser que l'essentiel de la séance advient par le biais de la parole. Cela n'est vrai qu'en partie. La situation thérapeutique classique nous place, en effet, dans un rapport corps à corps particulier. De fait, les corps s'expriment et communiquent, en-deçà et par-delà les mots, plaçant l'espace de la communication avec l'autre bien au-delà du langage verbal.

Ainsi, un psychothérapeute est d'emblée renseigné sur l'état de son patient, avant même que ce dernier n'émette un son. Qu'il soit stressé, angoissé, serein, confiant, déprimé, agité, le thérapeute le perçoit d'abord par le biais de ses sens. Tout lui est source d'information : les odeurs qui émanent de son patient, sa respiration, son apparence, son accoutrement, son regard, sa façon de se tenir, de marcher, de sonner ou de frapper à la porte, sa poignée de main...

Le non-verbal est, donc, lors d'une psychothérapie de type psychodynamique, un matériau tout aussi important que la parole, car il permet à la sensibilité et à l'intuition de l'analyste de trouver ses marques, ses accroches, ses repères. Il rend possible l'entendement au-delà du discours. De plus, il permet également de signifier et de dire à des moments où la parole même serait de trop. Une certaine façon, franche et bienveillante, de serrer la main en accueillant le patient, ou bien à la fin de la séance, reconforte souvent bien plus qu'un discours.

Rappelons à présent ce qu'est le transfert, dans une situation thérapeutique. Il s'agit d'un phénomène qui s'installe progressivement, avec plus ou moins d'intensité, au fur et à mesure que le patient, soutenu par l'écoute de son thérapeute, permet à ses fantasmes inconscients de faire surface, sans crainte d'être jugé, ce qui, nous explique Ferenczi, induit un affaiblissement progressif de la censure morale et une atténuation du sentiment de responsabilité de la part du patient (Ferenczi, [1909], 1990, p. 96), car il délègue désormais cette responsabilité à l'analyste. Cela favorise donc la résurgence des affects infantiles vécus jadis avec

culpabilité, qui font retour avec leur lot de conflits non résolus. Ces affects libérés vont alors, comme lors d'une catalyse chimique, se projeter sur l'analyste pendant la séance, puis vont perdurer quelque temps sous cette nouvelle modalité identificatoire, inaugurant un agencement de la relation thérapeutique où le thérapeute devient l'objet « *de sentiments, désirs, modalités relationnelles jadis organisées ou éprouvées par rapport à des personnages très investis de l'histoire du sujet* » (Denis, 2002, p. 1744). Il s'agit d'un état si insolite et surprenant que Freud n'a pas hésité à le considérer comme pathologique, le dénommant « *névrose de transfert* » (Freud, [1916-1917], 1961, p. 422).

« *Le transfert crée de la sorte un domaine intermédiaire entre la maladie et la vie réelle, domaine à travers lequel s'effectue le passage de l'une à l'autre. L'état nouvellement instauré a pris tous les aspects d'une maladie artificielle partout accessible à nos interventions* » (Freud, [1914], 1981).

Or, s'il s'agit d'une pathologie psychique, ne vaudrait-il pas mieux, comme le font, par exemple, les thérapeutes humanistes, l'éviter ou la déconstruire quand elle se présente ? Certes pas, répondent les psychanalystes, car elle est non seulement porteuse d'un matériau psychique précieux, mais devient le lieu même du travail analytique, son moteur (Freud, [1912], 1981) et son champ d'action. Sans transfert, pas de psychanalyse, qu'elle soit classique – allongée – ou en face à face.

N'oublions cependant pas que la force des affects transférentiels peut atteindre une intensité si grande et insoupçonnée que le thérapeute lui-même peut être surpris par les réactions de son patient, et par la disproportion que peuvent prendre ses sentiments amoureux ou haineux. Ferenczi souligne ainsi que le fait que les « *fantasmes inconscients [du patient] relient des événements et des personnes du moment à des événements psychiques depuis longtemps oubliés* » provoque non seulement « *le déplacement de l'énergie affective des complexes de représentations inconscientes sur les idées actuelles* », mais, également « *exagère leur intensité affective* » (Ferenczi, [1909], 1990, p. 94).

« *Par contre une seule parole un peu moins amicale, une remarque à propos de la ponctualité ou quelque autre devoir du patient, suffit à déclencher toute la rage, la haine, l'opposition, la colère refoulées, conçues autrefois à l'égard des personnages tout-puissants qui lui imposaient le respect, prêchaient la morale, c'est-à-dire des parents, des adultes de la famille, des éducateurs* » (Ferenczi, [1909], 1990, p. 97).

Dans cette configuration, le thérapeute doit prêter une attention singulière aux phénomènes de répétition – bien que le transfert en soit déjà un – qui, lorsque la névrose du patient puise son origine dans un ou plusieurs événements traumatiques, peuvent déboucher sur une identification agresseur-agressé risquant d'amener sur le terrain de la séance un passage à l'acte propulsé par la compulsion de répétition. Laquelle est, par excellence, le signe clinique de l'action de la pulsion de mort, répétant le traumatisme sans qu'il soit perlaboré, scotomisant le discours et la capacité d'élaboration du sujet.

Dans une configuration optimale, la répétition dans le transfert devrait permettre à la cure d'avancer, puisque le patient pourrait, grâce à elle, se remémorer des attitudes psychiques oubliées, les rendant accessibles à l'interprétation. « *Cette partie de la vie affective qu'il ne peut plus se rappeler, le malade la revit donc dans son rapport avec son médecin* » (Freud, [1909], 1965, p. 61). Mais, si elle relève d'une répétition traumatique sous-tendue par un mécanisme morbide, qui tend à délier tout type d'investissement psychique et tout lien affectif, elle pourra faire obstacle au bon déroulement de la thérapie, engendrant un « *transfert négatif* », sur lequel la cure pourra venir buter, voire même échouer. Le transfert est donc un mécanisme paradoxal, comme Freud le dit lui-même : « *C'est le transfert qui oppose au traitement la plus forte des résistances, alors qu'ailleurs il doit être considéré comme l'agent même de l'action curative et de la réussite* » (Freud, [1912], 1981, p. 52).

### Transfert online

Peut-on parler de transfert, lors d'une thérapie online ? Ou, encore, quel est l'impact, si tant est qu'il y en ait un, du décalage spatio-temporel sur l'intensité ou la qualité des affects transférentiels ?

En premier lieu, il est nécessaire de poser ici que, le transfert relevant de projections inconscientes, qui, lorsqu'elles se fixent sur la personne du thérapeute, deviennent accessibles à la conscience, il n'y a nul lieu

de penser qu'elles ne puissent pas avoir lieu dans une relation à distance.

Si nous considérons que la parole seule importe, lors d'une séance, nous comprenons que, quel que soit le moyen par lequel elle est véhiculée, la séance a lieu dès lors que les mots émergent. Mais, si nous estimons que patient et thérapeute s'expriment également par le biais de leur corps, nous pourrions avoir tendance à penser que la thérapie online par webcam rend impossible ce dialogue sensoriel. En effet, à part l'ouïe et la vue, les autres sens semblent inutiles. Or, nous avons fait maintes fois l'expérience qu'il n'en est rien.

Bien que l'écran nous donne à voir le corps de l'autre sous des angles qui nous sont inhabituels, montrant un corps aplati par une apparente absence de relief et partialisé par des gros-plans souvent involontaires – nous reviendrons là-dessus –, la perception ne disparaît pas, mais s'adapte, en raison de la faculté cognitive de notre cerveau à se décentrer de notre environnement immédiat pour s'ajuster à la réalité proposée sur l'écran. Ce phénomène d'ajustement cognitif se nomme « *immersion* » (Virole, 2008, 2015), et relève du fait que tout changement ou discontinuité spatio-temporels stimule notre système nerveux (Khurana & Nijhawan, 2010, p. 2) qui déclenche dans l'immédiat une réponse adaptative. Interpellée par les aléas des faits et mouvements qui ont lieu sur l'écran, notre cognition se décentre de notre environnement immédiat pour se polariser sur ce dernier, dotant d'intentionnalité tout ce qui s'y passe. C'est ce processus qui permet à notre cerveau d'interpréter ce qui est perçu partiellement comme une totalité, et de transmettre par conséquent au corps un ressenti global. Ainsi, nous croyons que le toucher est absent des visioconférences, pourtant, il n'en est rien.

Une relation thérapeutique qui s'étaye véritablement sur la sensorialité peut donc, paradoxalement, s'établir lors de séances par visioconférence. Mais, d'une part, cette sensorialité fonctionnera différemment et, d'autre part, ce qui s'offre à la perception transforme les contours internes habituels que nous nous traçons de l'autre. Nous avons mentionné plus haut l'impact que des gros plans involontaires peuvent avoir sur la représentation de ces contours, qui délimitent un corps partialisé. En effet, les patients utilisant fréquemment une tablette numérique, il arrive qu'ils la posent sur leurs genoux, et la transportent lorsqu'ils se lèvent pour chercher quelque chose, l'approchant de leurs lèvres pour continuer à parler. Le thérapeute doit ainsi non seulement s'habituer à l'oscillation perpétuelle de l'image transmise et, par conséquent, du visage qui s'y reflète, mais également à des plans rapprochés de l'épiderme du patient, de ses trous et de ses reliefs – son oreille, son nez, sa bouche. Paradoxalement, c'est donc la peau, avec ses excroissances et ses béances, ses accidents, qui occupe l'espace sensoriel de la séance. Or, la pratique montre que la finesse de l'écoute clinique du discours non-verbal peut très bien s'accommoder de cette nouvelle modalité d'observation du corps du patient, qui continue de signifier au-delà des mots malgré les milliers de kilomètres qui séparent parfois patient et thérapeute.

Une autre qualité sensorielle, logiquement exacerbée dans ce type de situation, est précisément celle de l'ouïe. Nonobstant, nous parlons bien, ici, de l'écoute des bruits physiologiques du patient, les mêmes qui, durant une séance IRL, nous renseignent sur son état psychique : gargouillements intestinaux, soupirs, respiration saccadée, déglutissements... La même tablette posée sur les genoux est parfois calée contre le tube digestif : c'est alors tout un dialogue qui peut s'instaurer entre les gargouillis du patient, amplifiés par la proximité du microphone, et la parole de l'analyste. Telle situation pourra faire sourire le lecteur : pour l'avoir expérimentée, nous pouvons assurer que, parfois, lorsque le patient, déprimé, n'arrive plus à s'exprimer, il est précieux, pour le thérapeute inquiet de la distance et de son impossibilité à agir si la dépression s'aggrave, d'entendre que, par-delà les idées noires, le corps du patient est vivant et a faim.

Sont-ce ces signes physiologiques qui témoignent de ce qu'un transfert a bel et bien lieu, malgré la distance, ou est-ce la parole du patient ? Les deux, bien entendu. Un patient a, un jour, dit à son analyste, qu'il continuait de fréquenter online malgré son départ pour l'étranger, que la distance l'avait, paradoxalement, « *rendu plus proche* ». Comme si les barrières de bienséance qui empêchent le patient d'éprouver de l'amour pour son thérapeute pouvaient désormais céder, puisque l'interdit était définitivement scellé par la distance et l'impossibilité d'une réelle proximité. Pourtant, le processus d'immersion induit, paradoxalement, l'éprouvé d'une proximité physique, tant et si bien qu'elle peut même être ressentie comme trop intense, par exemple lorsque l'un des interlocuteurs se rapproche de la caméra. Un exemple concret : lorsque, pour pallier la baisse de luminosité liée au crépuscule et ne pas interrompre la conversation en se levant pour

allumer l'électricité, un analyste s'est rapproché de l'écran, son patient s'est jeté brusquement vers l'arrière. Confus de son geste, ce dernier a alors expliqué au thérapeute qu'il était devenu « *trop proche* ».

Qu'en est-il, alors, des répercussions d'un transfert négatif lors d'une thérapie par webcam ? Il est logique de penser que les modalités IRL de ce type de transfert se retrouvent également en ligne. Si claquer la porte ou éteindre brusquement son ordinateur ou sa tablette ne semble guère faire différence, nous tendons cependant à penser que, dans le cas d'une thérapie online, l'après-clash doit être plus compliqué à gérer tant pour le patient comme pour le psychologue, précisément du fait de la distance et de l'impossibilité d'un ajustement des ressentis physiologiques. La facilité avec laquelle l'on peut se déconnecter d'une conversation online, sans aucun mouvement corporel autre que d'appuyer sur une touche ou un bouton, semble vouer rétroactivement ce qui s'est passé auparavant à ce même statut de virtualité qu'on lui donne à présent, en l'effaçant. Or, si la compulsion de répétition, sous-tendue par un vécu traumatique, pousse le patient à revivre ce même vécu sans le perlaborer, vouant la prise en charge à l'échec, il est vrai que, dans une analyse classique, le chemin fait ensemble aura, cependant, tout du moins servi à ce qu'il y ait une première décharge de ce facteur traumatique, un début d'élaboration qui pourra se continuer avec un autre praticien. Mais, si la réalité du thérapeute est effacée par un geste abrupte de déconnexion, nous tendons à penser que le travail psychique qui consiste à prendre acte du fait que l'analyste est une personne en chair et en os, qui résiste au fantasme du patient – ce qui permet à ce dernier d'amorcer de la distance par rapport au trauma projeté –, devient une tâche bien plus ardue.

La difficulté de la prise en charge dans le cas d'un passage à l'acte imminent est également un élément qui donne à réfléchir non seulement sur la modalité de soin que l'on peut proposer, mais également, et surtout, sur la typologie du patient lui-même. Est-ce déontologique, que d'accepter de prendre en charge une personne aux tendances suicidaires avérées, alors que nous sommes parfois pieds et mains liés pour lui venir physiquement en aide, dans le cas d'une urgence ? Cela étant, il peut, hélas, arriver, que des personnes désespérées passent à l'acte même après une séance IRL. Toutefois, il semble que, dans ce type précis de situation et de détresse psychologique, le cadre de la thérapie online soit moins contenant et sécurisant, tant pour le patient comme pour le thérapeute. Il est donc important que les psychologues, psychothérapeutes, psychanalystes qui font usage des NTIC pour proposer des séances online à leurs patients puissent se regrouper et réfléchir aux modalités de cette pratique, et que, à un niveau international, les organes dédiés à réglementer l'exercice de la psychologie et/ou de la psychanalyse, puissent également, pour mieux l'encadrer, prendre acte de ce nouveau type de prise en charge, de ses bénéfices et de ses risques.

## Pour conclure

Les réticences pointées ci-dessus n'enlèvent pourtant rien à la qualité d'une relation thérapeutique qui se construit ou se poursuit via webcam. Il semblait important de les souligner car, dans toute situation nouvelle qui implique le traitement de la souffrance psychologique, il convient de rester prudent face à l'enthousiasme que peuvent soulever la nouveauté et ses succès. Car, oui, il y a des succès, nous en faisons régulièrement l'expérience. Par visioconférence ou en présence physique, si l'analyste sait s'adapter aux situations conflictuelles, survivant aux attaques du patient et ne perdant pas de vue l'importance de ce qui s'y joue, l'abréaction des expériences traumatiques ne débouchera pas sur la fin brutale des séances. S'installe ainsi progressivement entre le patient et son analyste une relation basée sur des sentiments où prédomine la confiance. Confiance de la part du patient, par-delà la distance et l'apparente dématérialisation des rapports, confiance de la part de l'analyste dans le processus même de son patient, qui montre que les pulsions de vie sont au travail et que tout indique que la vie et la créativité auront le dernier mot.

1. Pour exemple : En 2011, un jeune homme de 22 ans s'est suicidé face à son psychologue, lors d'une consultation online via un site médical. Pour lui dépêcher les pompiers, le psychologue, ne sachant pas où se trouvait son patient, fut obligé de contacter l'hébergeur du site, au Canada, pour lui demander de localiser son adresse IP. Puis, nous dit le journal *Libération*, « c'est ensuite, via Interpol, puis la Direction centrale de la police judiciaire (DCPJ), que les policiers ont pu contacter les parents du jeune homme habitant à Castres (Tarn), lesquels ont pu préciser que leur fils se trouvait en vacances à Marseille ». Inutile de spécifier que, lorsque les policiers sont arrivés au domicile de ce dernier, il était déjà trop tard. Le même article nous précise que le jeune homme « avait déjà fait quatre tentatives de suicide ».

# /// Bibliographie

- Denis, P., (2002). Transfert. In *Dictionnaire International de la Psychanalyse*. Paris : Calmann-Lévy.
- Ferenczi, S. ([1909] 1990). Transfert et introjection. In S. Ferenczi (Ed.), *Psychanalyse I* (pp. 93-125). Paris: Payot.
- Freud, S. ([1909], 1965). *Cinq leçons sur la psychanalyse*, Paris : Payot.
- Freud, S. ([1916-1917], 1961). *Introduction à la psychanalyse*. Paris : Payot.
- Freud, S. ([1912], 1981). La dynamique du transfert. In S. Freud (Ed.), *La technique psychanalytique* (50-60). Paris : Presses universitaires de France.
- Freud, S. ([1914], 1981). Remémoration, répétition et perlaboration. In S. Freud (Ed.), *La technique psychanalytique* (p. 104-115). Paris : Presses universitaires de France.
- Khurana, B., & Nijhawan R. (2010). Space and time: the fabric of thought and reality. In B. Khurana and R. Nijhawan (Eds.), *Space and Time in Perception and Action* (pp. 1-6). Cambridge University Press. Repéré à <https://www.sussex.ac.uk/webteam/gateway/file.php?name=space-and-time-the-fabric-of-thought-and-reality.pdf&site=42>
- Anonyme (2011, 2 novembre). Un patient se suicide face à un psychologue sur Internet. *Libération.fr*. Repéré à [http://www.liberation.fr/societe/2011/11/02/un-patient-se-suicide-face-a-un-psychologue-sur-internet\\_771865](http://www.liberation.fr/societe/2011/11/02/un-patient-se-suicide-face-a-un-psychologue-sur-internet_771865)
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris : Gallimard.
- Rosa, H. (2010). *Accélération : Une critique sociale du temps*. Paris : La découverte.
- Rosa, H. (2012). *Aliénation et accélération : Vers une théorie critique de la modernité tardive*. Paris : La découverte.
- Vetö, M. (2008). L'eidétique de l'espace chez Merleau-Ponty. *Archives de Philosophie*, 71(3), 407-438.
- Virole, B. (mars 2015). *Immersion dans les mondes virtuels et émergence de l'intentionnalité*. Communication présentée au Congrès de Perspectives Psychiatriques « L'intelligence au défi de l'intersubjectivité », Paris. Repéré à <http://virole.pagesperso-orange.fr/IAPSY.pdf>
- Virole, B. (2008). *Phénoménologie de l'immersion. Attribution de sens à la réalité virtuelle*. Repéré à <http://virole.pagesperso-orange.fr/immer.pdf>

