

Pratique professionnelle

La télépsychologie



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et du développement de la pratique
pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

La télépsychologie, à l'instar de la télé médecine, renvoie à l'utilisation des technologies de la communication pour soutenir une offre de services psychologiques à distance, que ces services en soient d'évaluation, de consultation, de supervision ou d'intervention en santé mentale ou en tout autre secteur de pratique. Bien que l'Ordre ait publié en janvier 2007 une fiche déontologique proposant quelques balises sur les interventions à distance, il demeure que nous ne disposons pas encore de lignes directrices pour encadrer la télépsychologie, ce qui appuie d'autant l'importance d'exercer son jugement professionnel en la matière. Nous vous proposons donc ici un petit tour d'horizon exposant notamment quelques-uns des enjeux dont il faut tenir compte.

Il faut d'abord préciser que les services à distance sont le plus souvent offerts par téléphone. Pour certains intervenants, il s'agit même d'une pratique courante. C'est en 1959 au Nebraska que des professionnels ont eu recours pour la première fois à la télévision en circuit fermé pour offrir des services de consultation psychiatrique à distance. Puis, vers les années 1980-1990, le développement technologique a suscité un intérêt accru pour des modalités autres que le face-à-face (Rees et Haythornthwaite, 2004). Aujourd'hui, les médias les plus utilisés sont le courriel (communication en différé), version moderne et instantanée de la lettre, le clavardage et la vidéoconférence (communication en temps réel).

LES MOTIFS SOUTENANT L'USAGE DE LA TÉLÉPSYCHOLOGIE

Les entretiens en face-à-face ne constituent peut-être pas ce qui convient toujours à tous les clients. De plus, il n'est peut-être pas possible, ni même indiqué, pour tous de s'engager dans des rencontres en face-à-face. À titre d'exemples, considérons les clients :

- :: à qui il faut assurer un suivi alors qu'eux ou leur psychologue sont temporairement à l'extérieur;
- :: qui habitent en région éloignée et qui n'ont pas accès à certains services;
- :: qui habitent dans de petites communautés et qui, en raison de leur problématique, risqueraient d'être stigmatisés si leur démarche ne garantissait pas un certain anonymat;
- :: qui sont des personnalités connues, bien en vue et dont il faut assurer la confidentialité de la démarche;

- :: dont les problèmes physiques (ex. : confinement au lit) ou mentaux (ex. : agoraphobie) sont tels qu'ils ne peuvent se déplacer chez le psychologue;
- :: qui perdent leurs moyens quand ils se trouvent en présence réelle du psychologue et retrouvent leurs capacités de s'exprimer quand il y a une certaine garantie de distance ou quand on leur propose des modalités pour lesquelles ils ont plus d'affinités;
- :: qui sont originaires d'un autre pays et à qui cela profiterait de s'adresser à un psychologue connaissant leur culture et leur langue.

À ces motifs s'ajoutent également des considérations socio-économiques alors que les interventions à distance permettent une économie de temps, d'énergie et de ressources (Jeannet et coll., 2003).

LA RÉSISTANCE AUX INTERVENTIONS À DISTANCE

Certains peuvent d'emblée considérer comme antinomiques l'humanisation des soins et le développement technologique. C'est ce que rapporte Miller (2003) en se référant aux relations médecin-patient. McLaren (2003) dégage de sa revue d'études les motifs de résistance le plus souvent exprimés par différents professionnels :

- :: la crainte que le recours à un média suscite de l'anxiété tant chez les clients que chez les intervenants;
- :: la difficulté pour le professionnel de faire sentir sa présence, par exemple pour rassurer le client, alors que le média le limite dans l'utilisation de ses compétences à cet effet;
- :: la difficulté de reproduire une véritable relation client-intervenant en utilisant par exemple un moniteur-téléviseur comme média;
- :: la perte d'informations non verbales;
- :: la compromission de la confidentialité.

Ils ajoutent cependant que cette résistance ne trouverait pas écho chez les clients. De plus, il semble que les psychologues démontrent davantage de réticence que les médecins à offrir des services à distance. Rees et Haythornthwaite (2004) constatent en effet que le développement de la télépsychiatrie s'est fait plus rapidement que celui de la télépsychologie. Elles expliquent cela par le fait que la technologie peut davantage défier les valeurs traditionnelles des psychologues. Peut-être également que les psychologues craignent que la technologie, abolissant barrières et distances, les mette en situation de ne plus pouvoir imposer le cadre nécessaire à leurs interventions.

_LE TYPE DE MÉDIA UTILISÉ

La communication écrite

Il y a peu ou pas de recherches sur ce média. Mentionnons toutefois que les lettres, les courriels et le clavardage sont parmi les moyens les plus limitatifs, puisqu'ils excluent la communication non verbale. Ceci a pour conséquence de rendre hasardeuse l'interprétation que l'on peut donner aux propos tenus. À cet égard, les courriels, en raison de leur caractère bref, instantané, voire spontané, donnent très fréquemment lieu à des malentendus importants. Les utilisateurs du clavardage reconnaissent cette lacune, puisqu'ils cherchent à la pallier en introduisant dans les messages des icônes ou des signifiants convenus traduisant leurs émotions.

La communication téléphonique

Bien qu'il y ait assez peu de recherches sur les services offerts par téléphone, et ce, malgré l'importance de son usage, la métaanalyse faite par Bee *et coll.* (2008) permet de constater l'efficacité des interventions téléphoniques.

La communication téléphonique implique évidemment la perte des informations non verbales visuelles (expressions faciales, posture...), alors que demeurent les informations non verbales auditives (le ton et le timbre de voix, l'intonation, l'accentuation et le rythme verbal). On peut croire que la plupart des intervenants ayant recours à ce média en tiennent compte et n'offrent par cette voie que des services qui s'y prêtent. Prenons pour exemple les services Info-Santé et Info-Social (ce dernier est en voie d'implantation) offerts au Québec dans le réseau de la santé. Ces services sont balisés par des protocoles bien définis, offerts par des professionnels dûment formés et le cadre de référence établit clairement qu'il ne saurait être question que la réponse téléphonique serve à diagnostiquer ou à traiter des problèmes de santé physique ou mentale.

Il est possible par ailleurs que certains intervenants aient des réticences à utiliser le téléphone parce qu'ils se sentiraient contraints de compenser l'absence de communication visuelle en accentuant leur présence et, ce faisant, en dérogeant au cadre que prescrirait l'approche qu'ils préconisent. À l'inverse, d'autres pourraient voir dans l'utilisation de ce média la possibilité de concrétiser l'application de règles propres à leur approche. Il y a par exemple les approches de type psychanalytique qui reposent sur l'effacement du psychothérapeute pour permettre l'accès à la réalité interne du client et en favoriser l'expression; sans compter que la position physique du client en psychanalyse l'empêche de voir le psychanalyste, comme si à la limite, il était au téléphone, ce qui favorise l'élaboration du transfert.

La vidéoconférence

La vidéoconférence est le média qui permet le plus de s'approcher de la rencontre en face-à-face. En effet, elle permet la transmission d'indices non verbaux auditifs et visuels. Toutefois, il faut accorder de l'importance à la qualité du matériel utilisé. La communication que peuvent maintenant établir entre eux tous ceux qui ont accès à Internet et à une caméra Web est souvent de piètre qualité et rend mal l'impression d'être présent à l'autre. De plus, ce type de communication, à défaut d'être sécurisé de façon adéquate, peut être intercepté par un tiers.

Par ailleurs, dans le cadre du dernier congrès de l'Ordre, le Dr Allen Schore, psychologue, est venu présenter les dernières découvertes des neurosciences. Il a, entre autres, démontré qu'en matière de relation et d'attachement, il y a une communication consciente, explicite et verbale et une communication inconsciente, implicite et non verbale. La première, en raison de sa nature, peut être plus facilement contrôlée, alors que la seconde échappe au contrôle, puisqu'elle reposerait sur la perception inconsciente de signaux non verbaux, perception qui, sait-on, peut être tributaire de l'ouïe et de la vue, mais aussi d'autres sens. Par conséquent, il est possible que la vidéoconférence ne permette pas aux interlocuteurs de tout saisir ce qui est communiqué, ce qui toutefois n'empêche pas de croire en son utilité.

Bouchard *et coll.* (2004), et ensuite Allard *et coll.* (2007) reproduisant la même étude, mais avec des échantillons de taille différente, se limitent dans leurs recherches à démontrer que la vidéoconférence s'avère une alternative intéressante à la traditionnelle psychothérapie en face à face lorsqu'il s'agit d'offrir un traitement cognitivo-comportemental à des personnes souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie. Cependant, considérant l'ensemble des recherches qui se font sur la vidéoconférence, ils constatent les limites suivantes :

- :: les quelques recherches sur l'efficacité des interventions offertes par le biais de la vidéoconférence ne portent pas toutes sur la psychothérapie; plusieurs, en effet, portent sur la consultation psychiatrique;
- :: plusieurs de ces recherches ont porté sur des approches pour lesquelles il n'y a pas encore de données probantes quant à leur efficacité, ce qui empêche l'établissement d'une comparaison sur le plan de l'efficacité;
- :: toutes les recherches ne comportaient pas de mesures permettant de vérifier l'évolution des sujets après la fin des traitements (« follow-up »);
- :: la variable diagnostic n'est pas toujours contrôlée dans ces recherches, les échantillons étant composés de sujets présentant différents troubles de santé mentale;
- :: la variable traitement n'est pas toujours contrôlée, puisqu'il n'y a que quelques recherches qui se sont appuyées sur un même protocole d'intervention pour tous leurs sujets.

Allard *et coll.* (2007) soutiennent l'importance de poursuivre la recherche notamment pour documenter les caractéristiques des clients pour qui la psychothérapie offerte en vidéoconférence constitue un traitement approprié. Ajoutons qu'outre l'approche psychothérapeutique ou le diagnostic du client, il serait nécessaire de prendre en compte d'autres variables telles, par exemple, les caractéristiques du client et celles de l'intervenant si l'objectif est de mieux documenter l'usage de différents médias pour mieux les choisir.

_CONCLUSIONS

Bee *et coll.* (2008) soutiennent que l'efficacité d'un traitement et l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique ne tiennent pas nécessairement au fait que l'intervenant et son client se trouvent au même endroit. Bien que nous ne disposions que de peu de recherches sur la question, la démonstration serait faite de l'efficacité des interventions à distance en santé mentale (Bensink *et coll.*, 2006). Il n'empêche que la télépsychologie soulève

plusieurs questions quant à l'impact de la technologie sur la qualité de la relation interpersonnelle qu'elle permet d'établir, sur la perte d'indices non verbaux et sur les limites de l'engagement du client et de l'intervenant qu'imposent certaines conditions. La technologie permet de mettre en présence un intervenant et un client non seulement distants sur le plan géographique, mais également potentiellement éloignés sur le plan de la culture et des valeurs, ce qui ajoute au défi. La technologie introduit aussi un tiers (le média lui-même, les techniciens, le personnel professionnel qui, dans certaines circonstances, doit être sur place en soutien au client) qui peut faire interférence ou à l'inverse, maximiser l'impact de l'intervention.

Bien que l'on puisse se demander si la technologie nous permet de reproduire ce que nous faisons en face à face, on pourrait aussi chercher à connaître ce qu'elle nous apporte d'autre. Autrement dit, s'il est légitime de tenter de reproduire avec la technologie ce qui se fait en face à face, il l'est tout autant de vouloir saisir les opportunités qu'elle offre de faire du nouveau.

Dans l'attente de lignes directrices, nous vous invitons à lire en complément, dans ce numéro du magazine *Psychologie Québec*, la chronique de la conseillère juridique de l'Ordre, M^e Édith Lorquet, qui aborde la question sous l'angle des lois et règlements dont il faut tenir compte en matière d'intervention à distance. Vous pourriez également nous faire part de votre point de vue sur la question, ce qui nourrirait notre réflexion.

Références

- Allard, M. et coll. (2007). L'efficacité de la psychothérapie pour le trouble panique en vidéoconférence : réplication et alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie*, 28(2), 43-64.
- Bee, P.E. et coll. (2008). Psychotherapy Mediated by Remote Communication technologies : a Meta-Analytic Review. *BMC Psychiatry*, 8.
- Bensink, M. et coll. (2006). A Systematic Review of Successes and Failures in Home Telehealth : Preliminary Results. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12, 8-16.
- Bouchard, S. et coll. (2004). Delivering Cognitive-Behavior Therapy for Panic Disorder with Agoraphobia in Videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(1), 13-25.
- Jeannet, P.A. et coll. (2003). The Socio-economic Impact of Telehealth : a Systematic Review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 311-320.
- McLaren, P. (2003). Telemedicine and Telecare : What can it Offer Mental Health Services? *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 54-61.
- Miller, E.A. (2003). The Technical and Interpersonal Aspects of Telemedicine : Effects on Doctor-patient Communication. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 1-7.
- Ordre des psychologues du Québec (2007). L'intervention psychologique à distance. *Fiche déontologique*, 7(6).
- Rees, C.S. & Haythornthwaite, S. (2004). Telepsychology and Videoconferencing : Issues, Opportunities and Guidelines for Psychologists. *Australian Psychologist*, 39(3), 212-219.

Programmation Printemps 09

Formations  Porte-Voix



Intervenir auprès d'une clientèle récalcitrante et peu motivée : théorie et étude de cas cliniques

Par D^r Jérôme Guay, Ph.D., psychologue
Mtl : 17-18 juin 09 / Qc : 10-11 juin 09



Initiation à l'intervention auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité

Par Sébastien Bouchard, psychologue
Mtl : 21-22 mai 09



Psychothérapie cognitivo-comportementale du trouble d'anxiété généralisée

Par D^r Frédéric Langlois, Ph.D., psychologue
Mtl : 25-26 mai 09 / Qc : 7-8 mai 09



Évaluation de l'intelligence de l'enfant : développements théoriques et familiarisation aux modifications du WISC-IV*

Par Sandra Guimond, neuropsychologue
Mtl : 21-22 mai 09 / Qc : 4-5 juin 09

* Cette formation s'adresse aux psychologues seulement

Rappel Hiver 09

- TDAH chez les enfants de 3 à 12 ans Mtl : 10-11 mars 09
- TCC de l'épuisement professionnel Mtl : 13 mars 09
- TCC en santé mentale Qc : 26-27 mars 09

Pour plus de détails www.porte-voix.qc.ca

Informations et inscription

Tél. : 418 658-5395 | Téléc. : 418 658-5982

Courriel : porte-voix@videotron.ca | www.porte-voix.qc.ca