

Rapport

Éditorial

par la D^{re} Ester Cole

Lors de leur réunion de l'automne, les membres du conseil d'administration (CA) ont abattu un ordre du jour chargé et passé en revue le plan stratégique et l'énoncé de mission pour le compte des membres du RCPOSS. Le printemps dernier, on a envoyé aux psychologues inscrits un questionnaire sur la formation professionnelle continue (FPC), et le nombre élevé de réponses obtenues, tant en anglais qu'en français, a réjoui le CA. Ce taux de participation est remarquable étant donné la diversité des domaines d'expertise et des contextes d'exercice d'un bout à l'autre du pays, la variété des sujets abordés et les différents modes de prestation de la FPC mentionnés par les psychologues inscrits, qui vont des ateliers et séminaires conventionnels aux didacticiels, en passant par les webinaires et les groupes de discussion. Après avoir pris connaissance des réponses reçues, le RCPOSS a décidé d'élargir son éventail de programmes de FPC. On s'appuiera pour ce faire sur le service de FPC en ligne déjà offert dans le cadre de l'entente que nous avons conclue avec le National Register des États-Unis. Les membres du RCPOSS profitent d'un accès illimité aux modules de FPC en ligne offerts dans le site Web du National Register.

Compte tenu des interrogations que soulèvent les modifications des TVH et TPS proposées dans le dernier budget fédéral, le CA a travaillé avec l'Association of Psychologists of Nova Scotia (APNS) pour formuler les questions des membres auxquelles des réponses doivent être apportées. Une fois ces questions éclaircies par des personnes compétentes, l'information pertinente sera présentée dans le site Web du RCPOSS.

Vous trouverez ce qui suit dans le présent numéro du *Rapport* :

- « Internement à l'asile de la bonne santé », D^{re} Rosemary Barnes. Ce texte est un regard sur le bien-être et la guérison psychologique, qui se situe dans le prolongement du livre qu'elle a coécrit.
- « Cesser d'avoir peur d'avoir peur : comment diminuer la sensibilité à l'anxiété », D^{rs} Margo Watt et Sherry Stewart
- « La télépsychologie au Canada : perspective d'un organisme de réglementation », D^r Allan Wilson
- « Réflexions sur la télésanté », D^r Craig Turner
- Notice biographique du D^r David Pilon, nouveau membre du CA
- Sites Web utiles, D^{re} Ester Cole

Veillez continuer d'envoyer vos articles, en anglais ou en français, à ester.cole@sympatico.ca en vue d'une parution ultérieure dans le Rapport.

Internement à l'asile de la bonne santé

Rosemary Barnes, Ph.D., C.Psych, Toronto

*Extrait de l'introduction au livre **Committed to the Sane Asylum: Narratives on Mental Wellness and Healing** par l'artiste Susan Schellenberg et la psychologue Rosemary Barnes (Waterloo, Ontario, Wilfrid Laurier University Press, 2009)*

Le mot guérison n'était jamais été prononcé lorsque j'ai [Rosemary] suivi ma formation de psychologue clinicienne, environ sept ans après que [mon amie] Susan a été hospitalisée en état de psychose aiguë. Bien que mes études supérieures en psychologie m'aient préparée à une carrière en enseignement universitaire, j'ai dû me réorienter professionnellement en raison des trop rares postes de professeur vacants en ce temps-là. En septembre 1976, j'ai obtenu une bourse de recherches postdoctorales en psychologie clinique au sein d'un prestigieux hôpital psychiatrique universitaire, le genre d'apprentissage que les étudiants de toutes les professions de la santé devaient faire à l'époque comme encore de nos jours.

Si quelqu'un avait alors parlé de « guérison », un mot que peu de gens employaient dans les milieux de la santé, j'aurais trouvé qu'il s'agissait là d'un terme un peu vieillot, pittoresque ou excentrique, qui nous ramène à des croyances et à des approches primitives ou marginales, évocatrices de guérisons miraculeuses d'inspiration divine. Si on avait voulu argumenter avec moi, j'aurais avancé que l'état des patients s'améliorait, ce qui devait signifier que les pratiques cliniques ont un effet curatif; un terme poétique comme la « guérison » ne convenait tout simplement pas dans un contexte professionnel fondé sur la science. Je n'aurais jamais accepté de reconnaître que les concepts et la terminologie cliniques puissent masquer certaines lacunes de la théorie et de la pratique.

En 1969, alors que Susan hurlait son désarroi devant l'état du monde à travers la psychose, je brisais moi-même le carcan en tombant amoureuse d'une femme, puis d'une autre femme. Parce que j'avais grandi dans une famille américaine dévote et conservatrice, je pensais que ces expériences ne pouvaient être que la manifestation d'une maladie mentale, et elles me plongeaient dans une honte immense. En 1976, j'avais fini à contrecœur par accepter le fait que de tels sentiments signifient que je suis lesbienne. J'ai rencontré d'autres lesbiennes et des hommes gais au sein des mouvements féministes et militants homosexuels naissants des années 1970. Grâce aux rencontres faites dans ces groupes féministes et lesbiens, aux nouvelles amitiés que j'ai nouées et à l'ambiance de créativité électrisante de l'époque, j'ai pu, pour la première fois de ma vie, prendre ma place avec assurance dans le monde. Les idées féministes m'ont ouvert de nouvelles perspectives et fait découvrir de nouvelles possibilités. J'ai pris connaissance du discours critique du féminisme et de l'anti-psychiatrie sur les soins en santé mentale, et je me suis alors promis de devenir une meilleure professionnelle que ces gens sur lesquels je lisais.

Durant quelques années, j'ai eu une carrière que je comprenais et que j'aimais. Après mes études postdoctorales, j'ai travaillé neuf ans en tant que psychologue de l'équipe d'un hôpital général universitaire, et j'y ai beaucoup évolué comme clinicienne et chercheuse. En 1986, j'ai été embauchée par un hôpital général universitaire plus modeste au poste de chef du département de psychologie,

...suite à la page suivante



... suite de la page 1

et j'ai commencé à essayer de combler le fossé entre ma vie personnelle et ma vie professionnelle en intégrant un petit groupe informel de travailleurs hospitaliers qui souhaitaient que les valeurs féministes soient plus présentes dans la prestation des soins de santé. J'ai rencontré Susan, alors que nous travaillions toutes les deux sous la même bannière politique pendant la période de contestation qui a marqué le projet de fusion entre ce petit hôpital et un établissement de santé plus imposant.

Puis, j'ai perdu mes repères. Je devenais de moins en moins capable de vivre la dichotomie entre mes valeurs féministes et mes engagements professionnels, alors que je remettais en question avec une acuité grandissante l'aptitude du cadre hospitalier de la santé mentale à mettre le bien-être de la personne au cœur de ses activités. Ma carrière en apparence brillante était en train de me rendre cynique; je me sentais épuisée et en colère.

J'ai eu vent des expériences que Susan avait vécues dans l'univers des soins en santé mentale en 1992, lorsqu'elle a exposé ses tableaux au Women's College Hospital à Toronto, à l'occasion d'une commémoration de la tuerie de Polytechnique, survenue à Montréal, au Canada, le 6 décembre 1989, lors de laquelle ont été assassinées quatorze jeunes femmes : douze étudiantes en ingénierie, une étudiante infirmière et une employée de l'université. Ce que Susan avait à exprimer débordait largement du cadre de l'exposition et faisait écho aux dilemmes des soins de santé mentale qui m'avaient toujours troublée. À l'époque où nous avons accepté de travailler ensemble, j'ai quitté mon poste à l'hôpital pour ouvrir mon propre cabinet privé. Je me sentais soulagée de ne plus avoir à travailler pour une institution qui me paraissait hostile à mon bien-être comme à celui de mes patients, mais j'avais aussi l'impression d'être une ratée pour avoir abandonné un parcours professionnel synonyme de pouvoir et de prestige.

Je me suis progressivement rendu compte que je travaillais avec Susan dans l'espoir de guérir cette blessure qui m'habitait. J'avais délaissé l'exercice de ma profession dans un hôpital en raison, pour une grande part, de mon impuissance à conjuguer mon travail de psychologue en milieu hospitalier à mon attachement à la démarche et aux valeurs féministes. Même si je n'ai jamais souhaité revenir sur cette décision, j'ai vécu des années difficiles, dans un état d'égarement, car je ressaisais dans la douleur les motifs qui m'avaient poussé à faire ce choix et les choses que j'aurais pu faire autrement. Susan, quant à elle, a pris les choses en mains plutôt que de se complaire dans les reproches; les artistes et les écrits sur l'art qu'elle m'a fait découvrir et la perspicacité de sa vision du lien entre guérison individuelle et collective ont eu une profonde influence sur moi. Pour accéder à la guérison, il me fallait réunir les fragments épars et contradictoires de mes expériences personnelles et professionnelles et créer un nouveau puzzle représentatif de ma vie et de mon travail.

Nous [Susan et Rosemary] écrivons pour présenter d'autres optiques ouvrant sur une conception différente des soins en santé mentale. Nous pensons qu'il est utile de parler de guérison. Quand on parle de guérison, on ne parle pas de « vaincre » la maladie, de trouver une « cure » ou de « gérer » son état. À dire vrai, ces concepts et cette terminologie ancrent les discours du pouvoir et de la transcendance. Nous concevons la guérison comme un travail d'acquisition d'une capacité d'amour et de pardon, pour se pardonner à soi comme pour pardonner aux autres, un travail qui nous apprend à composer avec les événements de la vie, à ressentir le plaisir, à participer à des activités enrichissantes et à se mettre à l'écoute des penchants intérieurs de sa psyché, pour s'éloigner de la dépendance et se diriger vers l'intégralité. La guérison est un processus créatif qui repose sur la force intérieure, ni le fruit ni la cible des soins professionnels, qui est plus propice au soutien et à l'entraide.

Nous pensons que la guérison est de nature relationnelle et liée aux particularités concrètes de la vie de chaque personne et de chaque collectivité. Nous racontons nos expériences personnelles de concert, afin de remettre en question la relation conventionnelle entre le médecin et son patient et pour démontrer comment cette relation fondamentale peut et devrait être réaménagée. Quand nous parlons de « médecin », nous entendons plus largement par ce terme tout professionnel qui prodigue des soins, que ce soit un médecin à proprement parler, une infirmière, une psychologue, une travailleuse sociale ou un physiothérapeute, alors que le mot « patient » renvoie aux personnes qui nécessitent des soins de santé. Selon la *realpolitik* des soins traditionnels en santé mentale, il émane du médecin (infirmière, psychologue, travailleuse sociale, ergothérapeute) une aura de confiance en soi, car c'est un spécialiste en position d'autorité au jugement infaillible, un expert chargé de préserver l'ordre en posant rapidement des diagnostics précis et en prescrivant un traitement efficace. Les patients sont par ailleurs perçus comme des êtres faibles, affligés, démunis, un peu bêtes, voire menaçants parfois, des personnes dépendantes dont le rôle est d'« aller mieux » en obéissant aux consignes du médecin. Pareille relation met en place un système de commandement et contrôle du genre même de ceux auxquels ont est en train de renoncer en raison de leur inefficacité dans bien des secteurs du commerce et des affaires. De nombreux patients et médecins sortent de tels rapports éreintés, blessés et frustrés, comme ce fut le cas pour nous deux.

Nous nous sommes rencontrées dans le contexte d'un affrontement politique dans un hôpital local, un genre de zone de guerre, avons travaillé ensemble en tant qu'amies et n'avons jamais entretenu une relation de médecin à patient. Cependant, notre aptitude à apprendre de l'une de l'autre, à collaborer, à nous enrichir mutuellement, à apprécier nos forces et harmoniser nos faiblesses respectives illustre bien le type de relation mutuellement respectueuse et interdépendante que nous considérons essentielle à la guérison et au bien-être. Nous croyons qu'une telle relation curative est possible dans une foule de cadres, y compris celui de la relation médecin-patient. C'est la posture que nous adoptons dans nos écrits subséquents, comme nous l'avons fait dans le présent texte, c'est-à-dire en intercalant les passages où nous narrons chacune notre histoire et les passages où nous présentons les conclusions que nous partageons.

Nous espérons que le présent livre est une démonstration pratique de notre conviction profonde : il vaut mieux traiter la détresse émotionnelle—et qui d'entre nous peut prétendre n'avoir jamais vécu cela sous une forme ou une autre?—en embrassant la joie de la vie et en s'engageant dans un processus de guérison créatif, relationnel et terre-à-terre.

Cesser d'avoir peur d'avoir peur : comment diminuer la sensibilité à l'anxiété

Margo C. Watt^{a,b,d} et Sherry H. Stewart^{b,c}

^aDépartement de psychologie, Université Saint-Francis-Xavier, Antigonish, N.-É., Canada

^bDépartement de psychologie, Université Dalhousie, Halifax, N.-É., Canada

^cDépartement de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax, N.-É., Canada

^dDépartement de psychologie, Université Acadia, Wolfville, N.-É., Canada

La sensibilité à l'anxiété (SA) est la peur des sensations corporelles liées à l'anxiété, c'est-à-dire des manifestations physiologiques comme l'augmentation du rythme cardiaque, de la respiration et de la transpiration. Cette peur proviendrait de la conviction que ces sensations auront des conséquences somatiques, psychologiques ou sociales néfastes (Reiss et McNally, 1985; Reiss, 1991). Par exemple, les personnes présentant une forte SA peuvent penser qu'elles sont sur le point de subir une crise cardiaque quand leur cœur se met à battre plus vite et qu'elles ont le souffle court, avoir peur de perdre le contrôle parce qu'elles ont de la difficulté à traiter l'information ou craindre de paraître ridicules en public parce qu'elles ont des tremblements. À titre de comparaison, une personne dont le niveau de SA est bas trouvera ces sensations désagréables, mais elle ne verra en elles que les conséquences provisoires et inoffensives d'un état anxieux. Environ 10 à 20 p. 100 de la population présentent des niveaux élevés de sensibilité à l'anxiété (Bernstein et coll., 2006; Watt et Stewart, 2008).

Reiss et McNally (1985) ont d'abord supposé que la SA était attribuable à des facteurs génétiques et/ou à des expériences d'apprentissage. Des recherches subséquentes ont démontré que les deux avenues étaient à envisager. Stein, Jang et Livesley (1999)

Suite à la page suivante ...

.... suite de la page 2

ont établi que la SA comportait une forte composante héréditaire, puisque près de la moitié de la variance des niveaux de SA ($h^2 = 0,45$) pouvait être expliquée par des facteurs génétiques. Plusieurs études ont également laissé entendre que les expériences vécues dans l'enfance peuvent contribuer à l'apparition de la SA. Ainsi, nous avons constaté que les jeunes adultes très sensibles à l'anxiété disaient avoir été encouragés plus souvent par leurs parents à adopter un comportement malade plutôt que de maîtrise de soi en réaction à des symptômes anxieux lorsqu'ils étaient enfants, qu'ils avaient plus fréquemment vu leurs parents manifester de la peur face à leurs symptômes d'anxiété, dont les conséquences étaient aussi parfois interprétées de manière catastrophique par leurs parents de vive voix devant eux (Watt, Stewart et Cox, 1998). Nous avons retrouvé ces constatations dans deux études subséquentes (Stewart et coll., 2001; Watt et Stewart, 2000). Nous avons aussi déniché des rapports rétrospectifs liant l'abus d'alcool parental à des niveaux élevés de SA chez l'enfant adulte (MacPherson, Stewart et McWilliams, 2001; Watt et Stewart, 2003). Outre l'hérédité et les antécédents d'apprentissage, on a corrélé des facteurs interpersonnels, comme les schèmes d'attachement, à des niveaux élevés de SA. Weems, Berman, Silverman et Rodriguez (2002) ont constaté que les personnes qui affichent un schème d'attachement « insécurisé », surtout le style anxieux et ambivalent, obtiennent des scores plus élevés de SA que les personnes dont la base de sécurité est solide. Ces résultats ont par la suite été reproduits par Watt, McWilliams et Campbell (2005).

Une forte SA a été liée à l'apparition et la persistance de troubles de santé mentale et physique. Ces pathologies comprennent le trouble panique (étudié par Olatunji et Wolitzky-Taylor, 2009), la consommation excessive de drogues et d'alcool (Stewart, Samoluk et MacDonald, 1999), l'invalidité due à la douleur chronique (McCracken et Keogh, 2009), la dépression récidivante (Taylor, Koch, Woody et McLean, 1996), le trouble de la personnalité limite (Lillienfeld et Penna, 2001), l'évitement de l'activité physique (Sabourin, Hilchey, Lefavre, Watt et Stewart, 2011) et l'obésité (McWilliams et Asmundson, 2001). La personne affectée éprouvera souvent de tels problèmes simultanément, ce qui fait que la SA est particulièrement propice à une intervention transdiagnostique. Les interventions transdiagnostiques reposent sur l'hypothèse que les problèmes de santé mentale sont des manifestations de facteurs de risque ou de processus centraux communs (p. ex., des traits névrotiques marqués). Les traitements qui ciblent ces facteurs et processus sous-jacents semblent être en mesure de diminuer les symptômes pour plusieurs troubles apparentés et de peut-être empêcher des symptômes de dégénérer en troubles caractérisés (Barlow et coll., 2011)

Après plusieurs années de recherche, nous avons publié, en 2008, un ouvrage pratique fondé sur nos constatations, offrant les clés d'une courte thérapie cognitivo-comportementale (TCC) conçue expressément pour atténuer la SA. La TCC abrégée doit être suivie selon un guide de traitement produit à partir des résultats des interventions antérieures (Conrod et coll., 2000; Harrington et Telch, 1994). La thérapie est divisée en trois volets : 1) psychoéducation, 2) restructuration cognitive et 3) exposition intéroceptive (c.-à-d. course à pied).

1) Psychoéducation

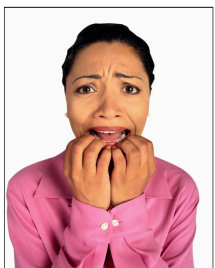
Le volet de la CTT abrégée consacré à la psychoéducation comporte deux phases. Les participants commencent d'abord par en apprendre plus sur la SA et sur le lien entre la SA et l'émergence de troubles anxieux et d'autres problèmes de santé physique et mentale. Les participants apprennent de quelle manière l'exposition à des sensations angoissantes (situations de stress) peut déclencher chez les personnes très sensibles à l'anxiété des cognitions (p. ex., dramatisation) qui leur font craindre des conséquences potentiellement graves (maladie, honte). Les participants apprennent également à distinguer les différentes strates de leur anxiété—sensations physiques, émotions, pensées et actions—et à comprendre les liens entre ces éléments. On incite ensuite les participants à voir comment la SA peut être à l'origine de symptômes affectant leur santé physique et psychologique et de quelle façon la diminution des niveaux de SA pourrait en outre améliorer leur bien-être mental et physique.

2) Restructuration cognitive

Cette partie du processus thérapeutique a pour but d'amener les participants à se rendre compte de l'influence de leurs réflexions sur leurs perceptions et de la manière dont ils se comportent quand ils sont anxieux. Les participants apprennent à cerner leurs pensées, surtout les pensées automatiques dysfonctionnelles. Ils apprennent que les erreurs de réflexion les plus couramment associées à un score élevé de SA sont l'interprétation catastrophiste (c.-à-d. toujours s'attendre au pire) et la surestimation des probabilités (exagérer la possibilité que ce scénario du pire se concrétise). On montre alors aux participants comment diminuer leur SA en remettant en question leurs pensées automatiques dysfonctionnelles. Les participants apprennent comment établir les faits et analyser logiquement leurs pensées en se posant les quatre questions suivantes : 1) « Quelle est la pire chose qui pourrait arriver? » 2) « Quelles sont les probabilités que X se produise? » 3) « Qu'est-ce qui va se passer si X survient? » 4) « Et puis? » 4) « Que pourrait-il se produire d'autre? » ou « S'il est peu probable que X ait lieu et/ou que vous êtes certain de pouvoir composer avec X s'il le fallait, sur quoi d'autre pourriez-vous vous concentrer plutôt que d'être obsédé par X? » On enseigne ensuite aux participants comment substituer à leurs pensées automatiques négatives des pensées plus raisonnables et réalistes, afin de ne pas retomber dans les ornières d'un raisonnement irrationnel.

3) Exposition intéroceptive

Les personnes présentant une forte SA adoptent souvent des comportements mésadaptés pour gérer leur anxiété. Certaines personnes essaient de se distraire, d'autres évitent les situations potentiellement anxiogènes et celles qui peuvent susciter des sensations physiologiques s'apparentant à l'anxiété (p. ex., l'activité physique). D'autres personnes encore se tournent vers l'alcool et les drogues pour diminuer la tension associée à l'anxiété. Bien que ces solutions puissent être efficaces à court terme, elles ne font à long terme que perpétuer le cycle de l'anxiété. On s'efforce donc d'amener les participants à envisager la possibilité d'apprendre à « éprouver de l'anxiété » plutôt que de la fuir, à accueillir l'anxiété plutôt que de



s'y dérober. À cette étape, nous proposons au client de se soumettre à l'exposition intéroceptive (EI) : une exposition répétée aux sensations physiques redoutées, qui a pour but de les aider à atténuer leurs inquiétudes face à ces sensations et à apprendre à composer plus efficacement avec l'anxiété. Les participants apprennent comment les activités d'EI sont conçues pour diriger leur attention vers les sensations qu'ils appréhendent, leur donner l'occasion de faire face à leurs ruminations catastrophistes au sujet de ces sensations et les aider à s'habituer à ces sensations, de façon à ce qu'elles ne les plongent plus dans des états de panique ou ne se traduisent plus chez eux par des comportements d'évitement. À cette phase de la thérapie, les participants se voient proposer différentes activités d'exposition intéroceptive, dont la course à pied. On met ici l'accent sur l'activité physique, car elle produit des sensations corporelles similaires à celles qu'engendre l'anxiété et est aussi plus proche de la vie courante que d'autres activités proposées dans un cadre d'EI, comme le tournoiement (c.-à-d. tourner sur soi-même, debout ou assis dans un fauteuil pivotant) et la respiration dans une paille (c.-à-d. respirer à travers

une paille). On demande aux participants de courir trois fois par semaine durant dix minutes pendant une période de huit semaines. On leur remet un moniteur de fréquence cardiaque et des fiches de suivi des séances d'exercice pour qu'ils puissent consigner l'information concernant leur activité physique. En outre, on leur apprend à prendre conscience des pensées et sentiments que la course provoque et à faire le lien entre ces pensées et sentiments et leurs expériences anxieuses. À l'origine, la TCC abrégée avait été élaborée en vue d'être dispensée à des jeunes femmes en trois séances réparties sur trois jours consécutifs. Nous avons décidé de commencer par ce segment particulier de la population, parce que les jeunes femmes affichent des taux plus élevés de SA, et elles sont plus susceptibles que les jeunes hommes de souffrir de troubles associés à une grande SA. De plus, les jeunes femmes dont le score de SA est élevé reconnaissent faire moins d'activité physique et jugent être moins en forme que leurs consœurs peu sensibles à l'anxiété. Pour l'heure, cependant, la TCC abrégée a été offerte à des échantillons cliniques comme non cliniques, qui regroupaient tant des adultes jeunes que moins jeunes et tant des hommes que des femmes, et ce, dans le cadre de séances individuelles comme en petits groupes. On a récemment fait l'essai d'une prestation à distance de la CTT abrégée (au téléphone), en étalant les séances sur une période plus longue de huit semaines (Olthuis, Watt, Mackinnon et Stewart, en cours d'examen), tout en s'assurant néanmoins que les mêmes trois composantes fondamentales soient bien présentes lors du traitement (psychoéducation, restructuration cognitive et exposition intéroceptive). Un certain nombre d'échantillons aléatoires et contrôlés (ÉAC) a démontré l'efficacité de la TCC abrégée en termes de diminution des niveaux de SA et de la douleur de nature anxieuse (Watt, Stewart, Lefavre et Uman, 2006), d'abus d'alcool (Watt, Stewart, Birch et Bernier, 2006), des symptômes de stress, de dépression et d'anxiété (Sabourin, Hilchey, Lefavre, Watt et Stewart, 2011; Sabourin, Stewart, Watt et Krigolson, 2013). La télé-thérapie de huit semaines réalisée récemment a permis de réduire la SA ainsi que les symptômes de panique, de phobie sociale et de stress post-traumatique ainsi que le nombre de diagnostics de type DSM-IV de chacun des participants, comparativement au groupe témoin des clients inscrits sur une liste d'attente. Lors des rencontres de suivi à 12 et 20 semaines, on a constaté que ces gains avaient été préservés. Les résultats de cette série d'études prometteuses sur l'intervention thérapeutique laissent supposer, dans leur ensemble, que notre thérapie d'atténuation de la SA pourrait offrir des moyens d'aider une clientèle variée, des clients présentant divers problèmes de santé mentale et physique pour lesquels la SA peut être un facteur de risque ou de persistance commun.

Suite à la page suivante

Lectures recommandées

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Farchione, T. J., Boisseau, C. L., Allen, L. B. et Ehrenreich-May, J. (2011), *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*, New York, NY, Oxford University Press.

Olthuis, J. V., Watt, M. C., Mackinnon, S. et Stewart, S. H. (étude présentée), « Telephone-delivered CBT for high anxiety sensitivity: A randomized controlled trial », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*

Sabourin, B. C., Hilchey, C. A., Lefavre, M.-J., Watt, M. C. et Stewart, S. H. (2011), « Why do they exercise less? Barriers to exercise in high anxiety sensitive women », *Cognitive Behaviour Therapy*, n° 40, p. 206 à 216.

Sabourin, B., Stewart, S. H., Watt, M. C. et Krigolson, O. (en cours d'examen), « Running as interoceptive exposure for decreasing anxiety sensitivity: Replication and extension », *Behavior Therapy*.

Sabourin, B. C., Stewart, S. H., Watt, M. C. et Krigolson, O. E. (en cours d'examen), « Two interventions involving physical exercise decrease anxiety sensitivity and distress among high anxiety sensitive women », *Behaviour Research and Therapy*.

Watt, M. C., Birch, C. D., Stewart, S. H. et Bernier, D. B. (2006), « Brief CBT for high anxiety sensitivity decreases drinking and drinking problems: Evidence from a randomized controlled trial », *Journal of Mental Health*, n° 15, p. 683 à 695.

Watt, M. C. et Stewart, S.H. (2008), *Overcoming your fear of fear: How to reduce your anxiety sensitivity*, Oakland, CA, New Harbinger Publications Inc.

Watt, M. C., Stewart, S., Lefavre, M.-J. et Uman, L. A (2006), « Brief cognitive-behavioural approach to reducing anxiety sensitivity decreases anxiety related to pain », *Cognitive Behaviour Therapy*, n° 35, p. 248 à 256.

La télépsychologie au Canada : perspective d'un organisme de réglementation

**Allan R. Wilson, Ph.D., Registraire
Nova Scotia Board of Examiners in Psychology**

Les dernières décennies ont été marquées par de grandes percées technologiques dans le domaine des communications. Ces progrès ont ouvert de nouveaux débouchés pour les psychologues, tout en posant de nouveaux défis aux organismes de réglementation des services de psychologie.

Selon l'Association des organisations canadiennes de réglementation en psychologie (AOCRP), la télépsychologie peut être définie comme suit : « L'utilisation de la technologie des communications et de l'information pour fournir des renseignements et des services psychologiques sur de petites et grandes distances ». La télépsychologie peut servir à fournir des services de santé au sein d'un territoire de compétence du Canada ou d'un territoire à un autre.

Dans quasi tous les territoires de compétence canadiens, il existe des régions dont les habitants n'ont que rarement accès aux services d'un psychologue en chair et en os. Un des avantages de la télépsychologie, c'est qu'elle pourrait améliorer l'accès à des services psychologiques pour les résidents qui ne se voient actuellement peu ou pas offrir les services d'un psychologue en personne. De même, certains résidents pourraient profiter de cet outil pour bénéficier de services plus spécialisés que ce qui est offert dans leur région. Voilà un nouveau débouché pour les psychologues qui veulent étendre leur clientèle en répondant à des besoins qui restent à combler dans une autre région.

Où fournit-on des services de psychologie?



Il est facile de savoir où la prestation de services psychologiques est assurée lorsque ces services sont fournis en personne, comme le veut la tradition. Les services sont fournis dans la région où se trouvent le psychologue et le client. Il est plus difficile de répondre à cette question quand, essentiellement, les services sont transmis par la voie des ondes entre un psychologue situé dans un territoire de compétence canadien et un client qui habite dans un autre territoire de compétence canadien. La prestation des services de psychologie doit-elle être vue comme prenant place au lieu de résidence du psychologue ou à l'endroit où le client les reçoit?

Dans la plupart des territoires de compétence canadiens, mais pas tous, on considère que les services psychologiques assurés par télépsychologie sont fournis au lieu de résidence du client. Cela est avantageux, notamment, parce qu'il est plus facile pour le client de communiquer avec l'organisme de réglementation de sa région si survient un problème justifiant le dépôt d'une plainte. Le client n'a pas d'efforts à faire pour trouver et joindre l'organisme de réglementation associé au territoire de compétence où réside le psychologue.

Dois-je être autorisé à exercer et accrédité dans le territoire de compétence où habite le client pour fournir des services psychologiques par télépsychologie?

La fonction première d'un organisme de réglementation est de veiller à ce que des psychologues autorisés à exercer et accrédités fournissent des services de psychologie conformes à des normes professionnelles et éthiques établies. Dans la plupart des territoires de compétence canadiens, mais pas tous, on considère qu'un psychologue qui travaille par télépsychologie auprès de résidents d'un territoire de compétence donné doit détenir un permis d'exercer et une accréditation valide dans ce territoire de compétence. Dans la plupart des cas, l'accréditation et le permis d'exercer délivrés dans un autre territoire de compétence canadien ne suffisent pas.

Existe-t-il des normes ou des lignes directrices s'appliquant à l'exercice de la télépsychologie plus particulièrement?

Peu importe le mode de prestation des services, tous les psychologues sont tenus d'observer le Code canadien de déontologie professionnelle des psychologues (3^e édition) ou le Code de déontologie des psychologues (Québec), les normes professionnelles adoptées dans leur territoire de compétence et les lois et règlements en vigueur dans leur lieu de résidence. Certains intervenants prétendent également que l'exercice de la télépsychologie devrait être assujéti à des normes et des lignes directrices spécifiques. L'Association des organisations canadiennes de réglementation en psychologie (AOCRP) adoptait en juin 2011 le document *Model Standards for Telepsychology Service Delivery* (Normes modèles encadrant la prestation des services de télépsychologie). Bon nombre des organisations membres ont depuis lors adopté ces normes (veuillez consulter le site Web de votre organisme de réglementation).

Les membres d'un groupe de travail conjoint regroupant des représentants de l'American Psychological Association (APA), de l'Association of State and Provincial Psychology Boards (ASPPB) et de l'American Psychological Association Insurance Trust (APAIT) ont élaboré

les Guidelines for the Practice of Telepsychology (lignes directrices régissant l'exercice de la télépsychologie) :

Ligne directrice n° 1. Les psychologues offrant des services de télépsychologie doivent s'efforcer de prendre des mesures raisonnables pour s'assurer de leur compétence tant pour se servir des technologies utilisées que pour gérer leur incidence potentielle sur les clients et patients, les personnes supervisées et les autres professionnels.

.... suite de la page 4

Ligne directrice n° 2. Les psychologues doivent tout mettre en œuvre pour s'assurer que les normes éthiques et professionnelles en matière de soins et de d'exercice de la profession sont respectées dès le départ et pendant toute la prestation des services de télépsychologie qu'ils offrent.

Ligne directrice n° 3. Les psychologues doivent s'efforcer d'obtenir et de consigner par écrit un consentement éclairé qui porte directement sur les aspects propres aux services de télépsychologie qu'ils fournissent. Ce faisant, les psychologues déclarent connaître les lois et règlements applicables ainsi que les exigences organisationnelles qui régissent le consentement éclairé en la matière.

Ligne directrice n° 4. Les psychologues offrant des services de télépsychologie doivent prendre des mesures raisonnables pour protéger et préserver la confidentialité des données et de l'information relatives à leurs clients et patients et, s'il y a lieu, les informer des risques éventuellement plus importants d'atteinte à la confidentialité propres aux technologies des télécommunications.

Ligne directrice n° 5. Les psychologues offrant des services de télépsychologie doivent prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que des dispositions ont été prises en matière de sécurité pour protéger les données et l'information relatives à leurs clients et patients contre tout accès non prévu ou divulgation.

Ligne directrice n° 6. Les psychologues offrant des services de télépsychologie doivent prendre des mesures raisonnables pour supprimer les données et l'information et disposer des dispositifs technologiques employés de façon à renforcer la protection contre tout accès non autorisé et veiller à ce que l'élimination se fasse de façon sécuritaire et appropriée.

Ligne directrice n° 7. Les psychologues devraient tenir compte des enjeux particuliers liés aux instruments et approches d'évaluation conçus pour être utilisés en personne quand ils fournissent des services de télépsychologie.

Ligne directrice n° 8. Les psychologues devraient connaître et observer toutes les lois et tous les règlements pertinents au moment de fournir des services de télépsychologie aux clients et patients se trouvant au-delà des frontières du territoire de compétence, que ce soit au pays ou à l'étranger.

Il est possible de consulter dans le site Web de l'ASPPB un document contenant des explications sur l'élaboration et l'application de chacune de ces lignes directrices.

Comme stipulé dans la huitième ligne directrice des APA, ASPPB et APAIT, on peut lire ce qui suit dans les normes modèles de l'AOCR : « Les psychologues offrant des services de télépsychologie à l'extérieur de leur territoire de compétence doivent s'assurer d'être légalement autorisés à le faire. » Comme on l'a déjà dit, le cadre législatif canadien n'est pas uniforme en matière de télépsychologie. Nous vous exhortons à communiquer avec l'organisme de réglementation indiqué avant de vous engager dans la prestation de services de télépsychologie à l'extérieur de votre territoire de compétence.

Réflexions sur la télésanté

Craig Turner, Ph. D., C. Psych., Winnipeg

L'auteur du présent article souhaite présenter dans le *Rapport* le contenu de deux articles sur la télésanté accessibles dans le programme de formation professionnelle continue (FPC) en ligne du National Register des États-Unis. Ces articles diffèrent en ce que dans l'un, on décrit les résultats des consultations par vidéoconférence offertes aux militaires, alors que dans l'autre, on récapitule et commente les divers enjeux et difficultés associés à la télésanté. Ces articles sont « The Role of Telehealth in Treating Military Personnel », par le D^r Raymond Folen et ses collaborateurs, et « Trends in Telehealth », par le D^r Morgan Sammons. L'article rédigé par le D^r Folen et ses collègues offre des exemples de cas précis en matière de télésanté (c.-à-d. services offerts par vidéoconférence) pris en charge au TAMC (Tripler Army Medical Centre), situé à Oahu. Ils soulignent que dans la mesure où Hawaï est un archipel comprenant huit grandes îles évidemment séparées par des étendues d'eau, avant que la télésanté n'y soit implantée, on devait souvent envoyer des patients du TAMC par la voie des airs à Honolulu, pour y être évalués et traités durant plusieurs semaines. Cela engage des coûts exorbitants, en plus de couper les patients de leur entourage, de leurs parents et amis. C'est pourquoi les gens du TAMC n'ont pas hésité avant d'adopter la télémédecine pour faciliter les traitements en santé comportementale et la prestation de soins médicaux spécialisés.

Les auteurs rappellent que leur premier recours intensif à la télésanté s'est produit lorsque le personnel du TAMC a mis au point un système de biofeedback (rétroaction biologique) qui allait permettre de tenir des séances de biofeedback à distance. Ils racontent comment ils ont réussi à traiter un certain nombre de soldats souffrant de migraines et d'autres problèmes psychophysiologiques, tout en faisant réaliser des économies considérables au gouvernement américain.

Les auteurs décrivent ensuite la façon dont ils ont comparé le traitement en personne au traitement par vidéoconférence dans le cadre de leur programme de gestion des habitudes de vie, LE3AN, conçu pour les soldats présentant de l'embonpoint. Les résultats de leur étude ont démontré que les deux modes de prestation du traitement étaient aussi efficaces l'un que l'autre.

Les auteurs soulignent que les gens du TAMC, en tant que centre de formation, ont constaté que la télésanté est un outil efficace de consultation et de supervision pour les stagiaires en région éloignée.

Chose intéressante, les auteurs racontent au sujet de leur expérience initiale de l'évaluation et du traitement clinique par vidéoconférence et/ou webcam, en ce qui a trait précisément à la question des séances de télésanté, que le processus s'est d'abord révélé épuisant. Au début, leurs fournisseurs de soins, qui avaient l'habitude d'offrir huit séances par jour dans un cadre traditionnel, déclaraient souvent ressentir de la fatigue après seulement trois ou quatre séances en vidéoconférence. Les auteurs indiquent qu'avec le temps, toutefois, les fournisseurs se sont sentis de plus en plus à leur aise en contexte de vidéoconférence et disaient ressentir moins de fatigue.

L'article du D^r Sammons est un tour d'horizon de la documentation sur la télésanté. Le D^r Sammons a fait la recension de nombreux articles, et il a établi qu'il n'y a que quelques études de qualité sur les résultats et que la plupart des rapports publiés sont des études de cas. Selon le D^r Sammons, il n'est pas possible pour le moment de tirer des conclusions générales au sujet de la rentabilité du processus et de la responsabilité des praticiens ainsi qu'à propos du rapport entre les économies potentielles et le coût de ce genre de services, car c'est une équation qui comporte encore beaucoup d'inconnus. Il ajoute que des mesures de réglementation positives et le dossier du remboursement des services sont d'importantes questions qu'il faudra régler avant que les services de santé mentale à distance ne puissent être pleinement exploités. Le D^r Sammons indique que lors d'une enquête réalisée dans 29 programmes universitaires canadiens de télésanté, 70 p. 100 des répondants ont mentionné que le financement est un des principaux obstacles à freiner la croissance de leur programme.

Le D^r Sammons conclue de son examen de la documentation spécialisée produite à ce jour qu'en matière de services de santé mentale, il faudra disposer de données plus fiables sur les résultats et réaliser une solide analyse coût-efficacité, tout en indiquant que l'adhésion des patients et la satisfaction des fournisseurs sont des variables clés qui se devront d'être positives avant que les

Suite à la page suivante

.... suite de la page 5

gestionnaires et les tiers payants n'acceptent d'embarquer. Le D^r Sammons convient du fait que la télésanté ne pourra jamais se substituer entièrement à la prestation de services par des professionnels de la santé présents en chair et en os devant leurs patients, hormis sans doute dans les régions les plus reculées, mais il croit qu'elle pourrait beaucoup étoffer les services actuellement offerts et probablement en améliorer l'accès, tout en réduisant les coûts des soins traditionnels de santé mentale. L'auteur du présent article connaît des psychologues inscrits au RCPOSS qui utilisent la technologie de la télésanté sous une forme ou une autre dans le cadre de leur pratique, et il est d'avis que le recours à ces outils technologiques ira nécessairement en s'intensifiant. À ceux et celles qui utilisent déjà cette technologie ou qui envisagent de le faire, je ne saurais trop recommander de consulter la section de la FPC en ligne du National Register pour accéder à la version complète de ces articles et prendre connaissance de tous les renseignements utiles qu'ils contiennent.

(Pour lire ces articles, visitez le site à l'adresse www.e-psychologist.org. Inscrivez-vous en entrant votre nom de famille et votre numéro de certificat ou de membre du RCPOSS. Rendez-vous ensuite à la section « Areas of Expertise ».

Vous trouverez les articles en question dans les modules n^{os} 19 et 14).

Documents de référence :

Raymond A. Folen, Stephen L. Jones, Melba C. Stetz, Brenda Edmonds et Judy Carlson (2010), *The Role of Telehealth in Treating Military Personnel*.
Morgan T. Sammons (2002), *Trends in Telehealth*

Les courtes biographies des membres du CA

David J. Pilon, Ph.D.

Le D^r David Pilon est un psychologue de Halifax, en Nouvelle-Écosse. Il a obtenu son baccalauréat de psychologie à l'Université Dalhousie, puis il a poursuivi au niveau doctoral en psychologie clinique à l'Université de Waterloo. Il exerce la psychologie depuis 1990 et travaille depuis lors avec l'équipe de la clinique des troubles de l'alimentation du Centre des sciences de la santé Queen Elizabeth II, à Halifax. Il a fait l'objet d'une nomination conjointe à la faculté de médecine psychiatrique de l'Université Dalhousie. Le D^r Pilon est un directeur fondateur de l'Association des troubles alimentaires du Canada et y agit actuellement en tant que président sortant. Chez Capital Health, il est chef de programme relativement à tous les services de santé mentale spécialisés du district. Depuis le début de sa carrière, il a été très actif au niveau de la gouvernance des associations de psychologie. Le D^r Pilon offre des consultations en psychologie dans son cabinet privé depuis 1994.

Sites Web utiles

Ce site contient de l'information sur les ressources liées aux troubles d'apprentissage (TA) dans tous les groupes d'âge. Le site, créé par l'US National Center for Learning Disabilities, présente une liste des TA, des réponses aux questions les plus fréquentes, des vidéos, des baladodiffusions, des listes de contrôle faciles à utiliser et des fiches de travail (*en anglais seulement*).

Le site d'Anciens Combattants Canada offre une nouvelle application Android gratuite : Coach ESPT Canada. Combinée à des soins professionnels, cette application permet aux utilisateurs d'en savoir plus sur les symptômes traumatiques et de stress et d'apprendre à gérer ces symptômes. Elle offre aussi des outils de dépistage et des liens vers des ressources de soutien.

© 2012, Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé. Tous droits réservés.



CRHSP
Canadian Register of
Health Service
Psychologists

RCPOSS
Répertoire canadien des
psychologues offrant
des services de santé