



uOttawa

L'Université canadienne
Canada's university

**FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES
ET POSTDOCTORALES**



**FACULTY OF GRADUATE AND
POSTDOCTORAL STUDIES**

Micheline Allard

AUTEUR DE LA THÈSE / AUTHOR OF THESIS

Ph.D. (psychologie clinique)

GRADE / DEGREE

École de psychologie

FACULTÉ, ÉCOLE, DÉPARTEMENT / FACULTY, SCHOOL, DEPARTMENT

**L'alliance thérapeutique dans la thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique avec
agoraphobie par vidéoconférence et en face-à-face**

TITRE DE LA THÈSE / TITLE OF THESIS

Stéphane Bouchard

DIRECTEUR (DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS SUPERVISOR

CO-DIRECTEUR (CO-DIRECTRICE) DE LA THÈSE / THESIS CO-SUPERVISOR

EXAMINATEURS (EXAMINATRICES) DE LA THÈSE / THESIS EXAMINERS

Tim Aubry

Barry Schneider (absent)

Richard Clément

Patrick Gosselin

Gary W. Slater

Le Doyen de la Faculté des études supérieures et postdoctorales / Dean of the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies

**L'alliance thérapeutique dans la thérapie cognitivo-comportementale
du trouble panique avec agoraphobie par vidéoconférence et en face-à-face**

Micheline Allard

**Thèse remise à la
Faculté des études supérieures et postdoctorales
dans le cadre des exigences
du programme de doctorat en psychologie clinique**

**École de Psychologie
Faculté des Sciences Sociales
Université d'Ottawa**

© Micheline Allard, Ottawa, Canada, 2007



Library and
Archives Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-41600-6
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-41600-6

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

**L'alliance thérapeutique dans la thérapie cognitivo-comportementale
du trouble panique avec agoraphobie par vidéoconférence et en face-à-face**

Thèse soumise par

Micheline Allard

Directeur de thèse

Dr Stéphane Bouchard

Membres du comité

Dr Tim aubry

Dr Richard Clément

Dr Barry Schneider

Dr Patrick Gosselin (externe)

Table des matières

Liste des tableaux	v
Liste des figures	vi
Remerciements	vii
Résumé	3
Abstract	6
Chapitre un	8
Le trouble panique avec agoraphobie et son traitement	8
Accessibilité aux services spécialisés	11
Les nouvelles technologies	13
Les applications cliniques de la vidéoconférence	13
Études sur la télépsychothérapie	19
La télépsychothérapie et l'alliance thérapeutique	27
Chapitre deux : L'alliance thérapeutique	31
Historique du concept de l'alliance thérapeutique	31
La qualité de l'alliance thérapeutique	34
Mesures de l'alliance	35
L'alliance thérapeutique comme variable prédictive des résultats thérapeutique	39
L'alliance thérapeutique et l'approche cognitivo-comportementale	43
L'alliance thérapeutique comme variable prédictive dans la thérapie cognitivo-comportementale	46
Chapitre trois : Étude proposée	53
Justification de l'étude et de la sélection des variables	53
Méthode	59
Participants	59
Traitement	60
Thérapeute	62
Intégrité du traitement	62
Matériel	64
Instrument de mesure	64
Entrevue clinique structurée	64
Mesures de l'alliance thérapeutique	65
Mesures des progrès thérapeutiques	68
Mesure expliquant le mécanisme	69
Procédure	70
Analyses statistiques	72
Résultats	76
Description de l'échantillon	76
Résultats des analyses relatives à l'alliance et à la relation thérapeutique	79
Résultats sur l'efficacité thérapeutique	90
Résultats des prédicteurs sur l'efficacité thérapeutique	91
Résultats des ANOVAs exploratoires des comportements d'alliance thérapeutique	95
Résultats de la rencontre de discussion informelle	100

Conclusion	103
Références	120
Annexes	
Annexe A : Manuel du thérapeute	147
Annexe B : Intégrité du traitement	180
Annexe C : Entrevue pré-sélection téléphonique	184
Annexe D : Inventaire d'Alliance Thérapeutique	186
Annexe E : L'Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie	191
Annexe F : Questionnaire sur les comportements d'alliance thérapeutique	195
Annexe G : Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow	204
Annexe H : Questionnaire sur les Cognitions Agoraphobiques	209
Annexe I : Formulaire de consentement	211

Liste des tableaux

Tableau 1	Moyenne, écart-type et résultats des Mann-Witney comparant l'intégrité du traitement administré en vidéoconférence et en face-à-face sur le Questionnaire d'intégrité du traitement	74
Tableau 2	Description des variables socio-démographiques de l'échantillon	77
Tableau 3	Description des diagnostics comorbides au TPA dans l'échantillon	78
Tableau 4	Moyenne, écart-type et résultats des ANOVAs à mesures répétées comparant la qualité de l'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face sur l'Inventaire d'Alliance Thérapeutique (IAT)	81
Tableau 5	Moyenne, écart-type et résultats des ANOVAs à mesures répétées comparant la qualité de l'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face sur l'Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie (ÉATC)	87
Tableau 6	Statistiques descriptives à l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow et sur le Questionnaire de Cognitions Agoraphobiques, moyenne et écart-type	90
Tableau 7	Régression multiple évaluant la contribution à l'efficacité de l'alliance thérapeutique selon le score total au IAT après 5 rencontres de thérapie	92
Tableau 8	Régression multiple évaluation la contribution à l'efficacité de l'alliance thérapeutique selon le score à la sous-échelle <i>Tâches</i> au IAT après 5 rencontres de thérapie	92
Tableau 9	Régression multiple évaluant la contribution à l'efficacité de l'alliance thérapeutique selon le score à la sous-échelle <i>Relation thérapeutique</i> au IAT après 5 rencontres de thérapie	93
Tableau 10	Régression multiple évaluant la contribution à l'efficacité de l'alliance thérapeutique selon le score à la sous-échelle <i>Buts</i> au IAT après 5 rencontres de thérapie	93
Tableau 11	Résultat de la régression hiérarchique permettant de tester l'apport relatif de l'alliance au IAT à la rencontre 5 et des changements de croyances sur l'efficacité de la thérapie	94
Tableau 12	Moyenne, écart-type et résultats des ANOVAs comparant de façon exploratoire les comportements (attitudes et perceptions) d'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face sur le Questionnaire sur les comportements d'alliance thérapeutique mesurés à la rencontre	96
Tableau 13	Moyenne, écart-type et résultats des ANOVAs comparant de façon exploratoire les comportements (attitudes et/ou perceptions) d'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face sur le Questionnaire sur les comportements d'alliance thérapeutique mesurés à la rencontre 12	98
Tableau 14	Moyenne et écart-type sur l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow	102

Liste des figures

Figure 1	La qualité de <i>l'alliance thérapeutique</i> sur le score total au IAT	80
Figure 2	La qualité de la <i>relation thérapeutique</i> sur le IAT	83
Figure 3	Les résultats sur la sous-échelle <i>Tâches</i> sur l'IAT	84
Figure 4	Les scores sur la sous-échelle <i>Buts</i>	85
Figure 5	Résultats sur le score total à l'ÉATC	86
Figure 6	Les scores à la sous-échelle <i>Entente</i> sur l'ÉATC	90

Remerciements

La réussite de cette thèse de doctorat a été possible grâce à la précieuse collaboration et au support de plusieurs personnes qui me sont chères. Je tiens donc à exprimer mes sincères remerciements à toutes ces personnes.

Plus particulièrement, je tiens à remercier mon directeur de thèse de doctorat, le Dr Stéphane Bouchard, qui a été non seulement mon directeur, mais un mentor tout au long de mes études graduées. Il est difficile de trouver les mots juste pour exprimer ma reconnaissance envers toi. Mais, je tiens à te dire : Merci d'avoir cru en moi dès les débuts et de m'avoir donné cette opportunité de travailler aux côtés d'un grand comme toi. Merci pour ta clémence, ta disponibilité, ta générosité, ta motivation, ton dévouement, ton infinie patience, ainsi que tes précieux encouragements.

Je tiens également à souligner la contribution des membres de mon comité de thèse, les Dr Tim Aubry, Richard Clément, Barry Schneider et Patrick Gosselin pour leurs conseils judicieux.

Je veux dire merci à tous les membres de l'équipe de la Clinique des troubles anxieux du C.H.P.J. qui ont grandement contribué à la réalisation de cette thèse de doctorat. Notamment, je remercie Geneviève Robillard pour son excellent travail dans la coordination du projet de recherche, à Stéphanie Dumoulin pour son aide, aux excellents thérapeutes Manon Bertrand et Serge Larouche, ainsi qu'à Christine Valin, notre secrétaire dévouée. Merci aux Dr Jeanne Talbot et Richard Payeur pour avoir contribué au recrutement de nos participants. Merci infiniment à vous tous.

Un merci spécial à mes parents, Gilles et Claudette, ainsi qu'à ma belle-mère Fernande, ma tante Joanne et ma Mommie pour m'avoir encouragés constamment et supportés de toutes les façons inimaginables afin que mon rêve puisse devenir réalité. Merci. Je vous aime beaucoup!

Je me dois aussi de remercier plusieurs ami(e)s qui m'ont soutenus tout au long de ce processus à travers des discussions, des sorties, des encouragements, etc. Merci à vous, Danitka, Vicky, Paul, Anik, Sophie, Jacques, Stéphanie, Annie, Gauri et Patrick.

Enfin, je voudrais te dire merci à toi Michèle, ma meilleure amie, qui a été présente tout au long de ce voyage. Comme un phare, tu as toujours été là, à m'accompagner, à me guider, à m'éclairer et ce, malgré la houle de certains moments. Merci à toi...

Note : Cette recherche a été réalisée grâce au support financier de subventions de recherche et d'infrastructure obtenues par Stéphane Bouchard de la part des Chaires de Recherche du Canada, des Instituts de Recherche en santé du Canada et de la Fondation Canadienne pour l'Innovation.

Résumé

L'alliance thérapeutique dans la thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique avec agoraphobie par vidéoconférence et en face-à-face

L'utilisation de la vidéoconférence pour offrir des services psychologiques est un domaine en plein développement. Les études à ce sujet ont commencé à appuyer empiriquement sa faisabilité, son acceptabilité et son efficacité. Elle serait possiblement comparable à la thérapie offerte en face-à-face. Toutefois, bien que ce mode de communication soit utilisé pour offrir des services psychologiques et qu'une majorité d'études se penche sur sa faisabilité et son acceptabilité, très peu d'entre elles tentent d'évaluer et de documenter rigoureusement l'alliance thérapeutique et son efficacité. Dans le cas de la thérapie traditionnelle en face-à-face, la plupart des approches théoriques soulignent l'importance et le rôle de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité thérapeutique. Or, la valeur prédictive de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité thérapeutique fait l'objet de résultats mitigés, plus particulièrement dans l'approche cognitivo-comportementale. Il est intéressant de constater que les tenants de cette approche soutiennent qu'une bonne relation thérapeutique est un pré-requis nécessaire, mais qu'ils privilégient les stratégies adaptées à la compréhension spécifiques des mécanismes psychologiques impliqués dans le développement et le maintien des psychopathologies pour expliquer l'efficacité thérapeutique. Par ailleurs, certains auteurs se préoccupent de l'impact de la vidéoconférence sur la capacité de développer une bonne relation thérapeutique et de l'efficacité de la thérapie offerte par ce mode de communication.

L'objectif de cette thèse est de déterminer si la capacité à développer une bonne alliance thérapeutique en vidéoconférence se compare à la thérapie traditionnelle en face-à-face, de reproduire les résultats suggérant que la psychothérapie peut être aussi efficace en

vidéoconférence qu'en face-à-face et enfin, de déterminer la valeur prédictive de l'alliance thérapeutique sur l'efficacité de la thérapie. Les hypothèses sont les suivantes : l'alliance thérapeutique est significativement moins élevée à la rencontre 5 en vidéoconférence aux mesures de l'alliance thérapeutique (Inventaire d'Alliance Thérapeutique et Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie) comparativement à la thérapie en face-à-face; la thérapie est significativement moins efficace en vidéoconférence comparativement à la thérapie en face-à-face; l'amélioration générale (mesurée par l'Échelle de Panique et d'agoraphobie de Bandelow) doit être significativement prédite par l'alliance thérapeutique; l'amélioration générale (mesurée par l'Échelle de Panique et d'agoraphobie de Bandelow) doit être significativement prédite par les scores de changement sur le Questionnaire de Cognitions Agoraphobiques.

Quarante-cinq adultes souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie sont évalués en face-à-face afin de vérifier la présence des critères d'inclusion et d'exclusion standardisés. L'alliance thérapeutique et les mesures d'efficacité thérapeutique sont mesurées par des questionnaires. Toutes ces mesures sont prises au pré-traitement et au post-traitement. Les mesures d'alliance thérapeutique sont aussi administrées à la rencontre 5. Tous les participants reçoivent un traitement de 12 sessions de type individuel en vidéoconférence ou en face-à-face. Le traitement consiste en une thérapie de type cognitivo-comportemental, avec des composantes d'éducation sur le rationnel du traitement et du modèle théorique, de la restructuration cognitive et de *l'exposition in vivo* et aux situations agoraphobiques. Lors de la dernière session, une discussion sur la prévention de la rechute a lieu.

Les ANOVAs à mesures répétées révèlent qu'une bonne alliance thérapeutique se développe dans les deux conditions, en vidéoconférence et en face-à-face, tel que mesuré avec

deux questionnaires indépendants. Une différence est notée à une sous-échelle mesurant la relation thérapeutique après la première rencontre de thérapie, mais cette différence n'existe plus à la cinquième rencontre de thérapie et au post-traitement. Également, les analyses montrent que la thérapie a un impact positif sur les symptômes du trouble panique avec agoraphobie, tels que mesuré par les mesures d'efficacité. Les analyses de régression révèlent que l'alliance thérapeutique n'est pas un prédicteur significatif des améliorations thérapeutiques. Or, une régression sur les scores de changement révèle que le changement de croyances constitue un prédicteur significatif de l'amélioration générale.

Cette thèse novatrice apporte de l'information fascinante sur la capacité de développer une relation thérapeutique et sur l'efficacité de la thérapie en vidéoconférence et en face-à-face. Par conséquent, l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir un traitement psychologique validé empiriquement semble générer des changements thérapeutiques cliniquement et statistiquement significatifs pour les gens souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie. Les résultats de cette thèse apportent aussi une meilleure compréhension de la contribution de la valeur prédictive des techniques versus l'alliance thérapeutique dans l'efficacité thérapeutique. Il est important de souligner que les résultats permettent de conclure que la vidéoconférence peut être un moyen efficace pour améliorer l'accessibilité des services spécialisés pour les gens souffrant de troubles anxieux en général, et plus particulièrement pour le trouble panique avec agoraphobie. De la même façon, les cliniciens comme les chercheurs peuvent bénéficier de ces connaissances dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services, de mieux cibler les plans de traitements, et enfin d'améliorer la communication entre les différents professionnels impliqués dans un plan de traitement.

Abstract

Cognitive-behavior therapy is a well validated psychological treatment for anxiety disorders. However, less than 15% of people suffering from an anxiety disorder receive CBT or effective medication. One possible explanation is that patients don't have access to CBT therapists. A few studies have shown that videoconferencing can be used to increase the accessibility of validated treatment (i.e., CBT) and that CBT given via videoconferencing is as effective as CBT delivered face-to-face. However, the therapeutic alliance plays an important role in treatment efficacy, including in CBT. It is therefore important to determine if videoconferencing allows the development of a similar therapeutic alliance as observed in face-to-face CBT. The aim of this thesis is thus to compare the quality of the therapeutic alliance obtained via videoconferencing versus face-to-face CBT.

Forty-five adults suffering from panic disorder with agoraphobia were SCID-diagnosed in a face-to-face assessment interview. All participants were referrals to a mental clinic in Montreal or Maniwaki (remote sites) or in Gatineau (local site). All participants received 12 individual weekly sessions of CBT. The therapeutic alliance was measured with the Working Alliance Inventory and the California Psychotherapy Alliance Scales after the first, the fifth, and 12 sessions. The efficacy measures were completed at pre- and post-treatment and included the Panic and Agoraphobia Scales and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire.

The results showed that an excellent therapeutic alliance was observed in both the videoconferencing and the face-to-face conditions and no difference were detected on the total score of the two measures of alliance used. The bond between the patient and the therapist, a subscale of one of the alliance measure, was stronger in face-to-face after the first session. However, this difference disappeared rapidly as there was no significant difference at the fifth

session and at post-treatment. As for treatment outcome, significant improvement was observed for participants in both conditions. Multiple regression analyses revealed that the strength of alliance did not predict treatment outcome. The results of the study show that it is possible to develop an excellent therapeutic alliance by videoconferencing using CBT for panic disorder. At the fifth session, there were no significant differences in therapeutic alliances between the two conditions. Also, the results demonstrated that CBT delivered via videoconferencing yield similar outcomes compared to face-to-face therapy on measure of panic attacks and agoraphobic avoidance.

CHAPITRE UN

La première partie du présent texte se veut une introduction générale de cette thèse de doctorat portant sur l'alliance thérapeutique dans la thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique avec agoraphobie en vidéoconférence et en face-à-face. Cette introduction présente les principaux thèmes abordés dans cette thèse et elle introduit certains concepts théoriques. Une présentation d'une recension des écrits portant sur les études ayant porté sur la vidéoconférence est suivie des études sur l'alliance thérapeutique en vidéoconférence. Par la suite, une présentation des concepts principaux de base reliés à l'alliance thérapeutique est faite, de même qu'une présentation de la conceptualisation de l'alliance thérapeutique selon l'approche cognitive, suivie d'une recension des études portant sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale en lien avec l'alliance thérapeutique chez les troubles anxieux. L'étude de doctorat proposée est ensuite présentée, les conclusions des analyses sont étayées en détails, suivies d'une conclusion générale.

Le trouble panique avec agoraphobie et son traitement

Selon le DSM-IV-TR (2000), le trouble panique se caractérise par la récurrence d'attaques de panique survenant de façon imprévisible, sans que l'individu puisse établir un lien évident avec un événement déclenchant (American Psychiatric Association, 1994). Les attaques de panique se manifestent par l'apparition de plusieurs symptômes physiologiques qui sont notamment les palpitations cardiaques, les tremblements, les étourdissements, la dyspnée, la transpiration, les bouffées de chaleur, les frissons, une douleur thoracique, une gêne abdominale, une impression d'évanouissement, une déréalisation ou dépersonnalisation, de la paresthésie, une peur de mourir, de perdre le contrôle ou de s'évanouir (APA, 1994). Ces symptômes sont accompagnés de craintes ou de malaises intenses et s'ensuivent d'une peur à l'égard d'être

victime d'une autre attaque de panique. Ceci dit, les gens souffrant de trouble panique présentent des craintes ou des inférences caractéristiques quant aux implications ou aux conséquences des attaques de panique. L'anxiété conduit typiquement à un évitement envahissant de nombreuses situations gênant un fonctionnement *normal* chez l'individu. Ainsi, le trouble panique peut être accompagné d'évitement agoraphobique et se nomme alors trouble panique avec agoraphobie (TPA). L'évitement agoraphobique se produit lorsque les symptômes du trouble panique poussent l'individu à éviter les situations d'où il pourrait être difficile de s'enfuir ou dans lesquelles il pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique. Parmi les situations les plus fréquemment évitées figurent la conduite automobile, l'utilisation de transports en commun et d'ascenseurs, les déplacements, les foules, la fréquentation des magasins, restaurants, et cinémas, la traversée des ponts ou même la peur de rester seul chez soi. Conséquemment, l'évitement de ces situations altère les capacités des individus à assumer leurs responsabilités domestiques (p.ex., faire des courses dans une épicerie, emmener les enfants à la garderie ou chez le médecin), à travailler ou à voyager.

Plusieurs études épidémiologiques menées en Amérique du Nord indiquent que les troubles anxieux constituent le groupe de maladies mentales le plus prévalent affectant les enfants et les adolescents (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987; Bernstein & Borchardt, 1991; Kashani & Orvaschel, 1990; Kashani, Orvaschel, Rosenberg, & Reed, 1989) et figure aussi parmi les troubles mentaux les plus répandus chez les adultes (Antony & Swinson, 1996). Ces recherches rapportent des taux de prévalence à vie pour l'ensemble des troubles anxieux qui oscillent entre 10,4% et 25,1% (Kessler et coll., 1994; Robins et coll., 1984). Parmi les troubles anxieux, le TPA représente un trouble très sévère (Weissman & Merinkagas, 1986) et il est celui parmi les troubles anxieux qui fait l'objet d'un plus grand nombre de recherches (Antony &

Swinson, 1996). Par ailleurs, la présence d'un TPA s'associe fréquemment à la présence d'autres troubles psychiatriques. En effet, les données indiquent qu'environ 51% à 83% des gens ayant un TPA comme diagnostic principal ont au moins un diagnostic secondaire, les plus communs étant un autre trouble anxieux, un trouble d'abus de substance ou un trouble de l'humeur (Brown, Antony & Barlow, 1995; Pollack et coll., 1990; Sanderson et coll., 1990). Le TPA peut avoir de nombreuses répercussions sur le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie des personnes atteintes. Cet impact fonctionnel peut se faire ressentir chez les proches, les employeurs et l'ensemble de la société. En fait, le TPA est associé avec des taux élevés d'absentéisme au travail, une baisse de la productivité, des pertes d'emploi et de revenu, des difficultés personnelles et relationnelles, ainsi qu'une utilisation marquée des services de santé, plus particulièrement aux consultations de médecins omnipraticiens, aux soins psychiatriques, aux visites à l'urgence et aux hospitalisations (Katon, Von Korff & Lin, 1992; Klerman, Weissman, Ouellette, Johnson, & Greenwald, 1991; Rees, Richard, & Smiths, 1998; Siegel, Jones, & Wilson, 1990). La présence d'un trouble comorbide est associée à une plus grande utilisation du système de santé, une agoraphobie plus sévère, une plus grande détresse, une plus grande morbidité, un taux plus élevé d'hospitalisations et les personnes se trouvent plus affublées dans leur fonctionnement (p.ex., baisse de la productivité, taux plus marqué d'absentéisme au travail ou à l'école, perte d'emploi et de revenu, difficultés personnelles et relationnelles, etc) comparativement aux gens présentant un TPA isolé (Brown et coll., 1995; Coryell et coll., 1988; Grunhaus, Pande, Morton & Greden, 1994; Lydiard & Brawman-Mintzer, 1998; Salzman, Goldenberg, Bruce & Keller, 2001; Warshaw, Keller & Stout, 1994). Curieusement, bien qu'il soit établi que des traitements sont éprouvés, il semble que très peu d'entre eux reçoivent des diagnostics appropriés et des traitements étayés par des données empiriques (Antony & Swinson,

1996). D'une part, les troubles anxieux en général semblent sous-diagnostiqués par les médecins, et ce malgré des consultations médicales fréquentes (Wittchen & Beloch, 1996). D'autre part, près de deux tiers des individus souffrant de troubles anxieux ne reçoivent pas de traitements validés empiriquement (Ballenger, 1997; Bouchard et coll., 2004; Katon, 1996; Stahl & Soefje, 1995; Swinson et coll., 1992). Ainsi, on estime qu'un individu peut circuler en moyenne huit ans dans le système avant de recevoir un diagnostic et un traitement approprié (pharmacologique ou psychothérapie), ce qui représente moins de 20% des gens qui souffrent d'un TPA (Swinson et coll., 1992). Pourtant, l'efficacité de traitements psychologiques (p.ex., TCC) a été maintes fois démontrée, notamment pour le TPA (Antony & Swinson, 1996; Barlow, Esler & Vitali, 1998; Marchand & Brillon, 1999). Devant de telles données, il est à se demander comment se fait-il que les gens souffrant d'un TPA n'arrivent pas à être en mesure de recevoir un diagnostic et un traitement approprié? Certes, plusieurs hypothèses peuvent être émises afin d'expliquer de telles constatations. L'une de ces hypothèses est que ces gens n'ont pas accès à des services spécialisés.

Accessibilité aux services spécialisés

Le Canada, pays le plus grand au monde, compte une population de 32 millions, dont 85% est concentrée vers le sud du pays, à proximité des frontières américaines (Cloutier, 2004). La population rurale est quant à elle estimée à 6 millions et elle est composée de communautés ayant des cultures et des langages distinctifs, ainsi que des besoins spécifiques en terme de services de santé, nécessitant alors des solutions particulières pour rencontrer ces besoins (Cloutier, 2004). Par conséquent, en raison de contraintes géographiques et de son pragmatisme culturel, de larges disparités existent dans l'accessibilité des soins de services en santé au Canada, et ce, incluant l'accessibilité à des psychologues (Jennett et coll., 2005). Ce manque de

services adéquats devient encore plus criant dans les régions rurales où il y a une pénurie de psychologues. En effet, dans les régions rurales prédominantes, la distance moyenne pour avoir accès à un professionnel de la santé se situe entre 20 et 2000 km (Cloutier, 2004). Plusieurs conséquences découlent de ces circonstances. D'une part, plusieurs personnes se voient ainsi dans l'impossibilité de recevoir des diagnostics et des traitements adéquats en raison de contingences géographiques ou encore, ils n'ont tout simplement pas accès à des professionnels ayant reçu un entraînement d'un traitement validé empiriquement (Bouchard et coll., 2004). Tel que mentionné pour les troubles anxieux, certaines données épidémiologiques suggèrent que plusieurs d'entre eux ne reçoivent pas de diagnostics appropriés, ne parlent tout simplement pas de leur symptomatologie à leur médecin et en l'occurrence, ne consultent pas de psychologues, ou reçoivent des traitements psychologiques non validés empiriquement (Buller et coll., 1992; Goisman et coll., 1994; Swinson et coll., 1992; Wittchen & Beloch, 1996; Wittchen, 1998). Enfin, certaines caractéristiques propres à la maladie peuvent empêcher les gens de se rendre dans les centres spécialisés (Bouchard et coll., 2004). Par exemple, en raison des contingences géographiques, les clients se doivent parfois de voyager dans les grands centres sur une base régulière afin d'avoir accès à un traitement, ce qui peut entraîner des difficultés importantes pour les gens souffrant d'un TPA qui manifestent une peur de s'éloigner de leur domicile. Il faut aussi rester sensible aux coûts associés aux frais de déplacement, d'absentéisme au travail et du temps éloignés de la famille et des engagements professionnels (Simpson et coll., 2005). Conséquemment, le Canada, tout comme plusieurs pays ayant des attributs géographiques semblables (e.g., Etats-Unis, Australie, Écosse, etc.) sont préoccupés avec les problèmes qui en découlent, plus particulièrement dans l'accessibilité à des soins de services de santé (Cloutier, 2004; Dwyer et coll., 2004; Hailey & Jennett, 2004; Jennett et coll., 2000; Jennett et coll., 2004).

Comment peut-on enrayer ce problème et améliorer l'accessibilité aux services spécialisés en psychologie?

Les nouvelles technologies

La sophistication et les capacités de la technologie contribuent à créer de nouvelles solutions afin de remédier à ces réalités problématiques (Schmidt, 2003). Ainsi, plusieurs types de technologies de communications peuvent être utilisés pour offrir des services de santé. En effet, dès 1976, Straker, Mostyn & Marshall suggèrent d'utiliser la technologie pour aider à pallier les difficultés associées au manque d'experts. La plupart des technologies de communications peuvent être classifiées en deux grandes catégories, asynchrone ou synchrone (Schneider, 2000). Une communication asynchrone se réfère à une communication entre deux ou plusieurs personnes à des temps différents. Probablement la plus commune des communications technologiques asynchrones est le courrier électronique (Schneider, 2000). Le second type de communication technologique, la communication synchrone, réfère à une communication qui s'effectue entre deux ou plusieurs personnes au même moment (Schneider, 2000). La méthode technologique la plus commune serait le téléphone. Or, plusieurs méthodes de communications synchrones existent en plus du téléphone, dont le système de clavardage par Internet et la vidéoconférence. La vidéoconférence réfère à la catégorie générale de technologies par lesquelles des personnes peuvent se voir l'une et l'autre lorsqu'elles communiquent (Schneider, 2000).

Les applications cliniques de la vidéoconférence

La télémédecine se définit comme l'utilisation des télécommunications et des technologies de l'information pour offrir l'accessibilité à l'évaluation, au diagnostic, à la consultation, à l'éducation et à l'échange d'information en santé et ce, à travers la distance

géographique et les barrières socio-culturelles (Jerome et coll., 2000; Nickelson, 1996; Reid, 1998). Le spectre des applications cliniques de la télémédecine passe par la chirurgie (Aarnio et coll., 2000), à l'oncologie (Allen & Hayes, 1999), à la cardiologie (Rogers et coll., 2001), à la neurologie (Chua et coll., 2001), à la radiologie (Davis, 1997), à la dermatologie (Kvedar, 1999), ainsi qu'à la psychiatrie (Brodey et coll., 2000; Chae et coll., 2001; Elford et coll., 2001) et à la psychologie (Bouchard et coll., 2004; Magaletta et coll., 2001). La grande majorité des études publiées concluent à la faisabilité de ces différentes applications cliniques et rapportent des taux de satisfaction consistants au-delà de 80%, et voire même fréquemment des taux de satisfaction de 100% (Williams, May & Esmail, 2001).

Parmi ces différentes applications, la télépsychiatrie demeure celle qui présente une plus grande fréquence de son applicabilité (Grigsby & Brown, 1999). Ces nombreuses applications s'effectuent auprès de diverses populations cliniques, notamment chez les enfants et les adolescents (Blackmon et coll., 1997; Dossetor et coll., 1999; Elford et coll., 2001; Grealsih et coll., 2005; Pesämaa et coll., 2004), chez les adultes (Brodey et coll., 2000; D'Souza, 1999; Kirkwood et coll., 2000; Magaletta et coll., 2000; Mielonen et coll., 2000; Schopp et coll., 2000), de même que chez les personnes âgées (Chua et coll., 2001; Guilfoyle et coll., 2003; Helgesson et coll., 2005; Lee et coll., 2000; Menon et coll., 2001; Mondani et coll., 1997; Tang et coll., 2001). Dans la majorité des recherches en télépsychiatrie, les auteurs se préoccupent plus particulièrement de l'acceptabilité des services de la part des clients et du taux de satisfaction envers les consultations. Parmi ces études, toutes font état de taux de satisfaction très élevés (Blackmon et coll., 1997; Doze et coll., 1999; Urness, 1999). À titre d'exemple, Doze et coll. (1999) et Urness (1999) effectuent des consultations en télépsychiatrie (109 et 353 consultations, respectivement) majoritairement pour des cas de dépression, de schizophrénie et de trouble

panique avec agoraphobie. Ils rapportent que la majorité des clients ayant reçu une consultation en télépsychiatrie se considèrent très satisfaits des consultations. En effet, leurs résultats montrent que 100 % des participants préfèrent cette forme de consultation au fait de se déplacer dans une grande ville éloignée pour recevoir les services, que 94 % utiliseraient encore le service, alors que 97 % le recommanderaient à des amis. Quant à Blackmon et coll. (1997), ils rapportent que 98 % de leurs 46 clients considèrent la consultation en télépsychiatrie comme aussi bénéfique qu'une visite en personne. Finalement, Gustke et coll. (2000) rapportent un taux de satisfaction atteignant les 98,3% pour 495 consultations diverses (p.ex., psychiatrie, dermatologie, cardiologie). Bien que les études sur la télépsychiatrie nous démontrent sa faisabilité et des taux de satisfaction très élevés, il demeure qu'une consultation en psychiatrie et une psychothérapie diffèrent largement. En fait, la psychothérapie peut se définir comme « un processus interactionnel structuré qui, fondé sur un diagnostic, vise le traitement d'un trouble de santé mentale à l'aide de méthodes psychologiques reconnues par la communauté scientifique » (Charest, 1999, p. 4). En comparaison avec une consultation psychiatrique, la psychothérapie représente un processus beaucoup plus long et plus engageant, visant à atteindre des buts à court ou à long terme et nécessitant un contexte qui favorise l'écoute, l'empathie et l'ouverture de soi.

Bien que la télépsychiatrie, tout comme la télépsychothérapie, utilisent les modes alternatives synchrones et asynchrones (Houston et coll., 1999; Kennedy & Yellowlees, 2000; Mielonen et coll., 1998; Zarate et coll., 1997; Zaylor, 1999) et que tous ces modes de communications synchrones sont utilisés pour offrir de la psychothérapie (Sleek, 1997; Key, 1997; Liebson, 1997; Haas et coll., 1996), il demeure que la vidéoconférence est préférable (Krupinski et coll., 2002) et demeure la plus prometteuse (VandenBos & Williams, 2000). En fait, puisque ce sont des disciplines qui reposent fortement sur les interactions interpersonnelles

entre le client et le thérapeute et que les symptômes incluent des manifestations émotionnelles et comportementales (Krupinski et coll., 2002), la vidéoconférence représente le type de communication le plus analogue à la psychothérapie et il est de l'opinion de plusieurs experts (Houston et coll., 1999; Kennedy & Yellowlees, 2000; Krupinski et coll., 2002; Mielonen et coll., 1998; VandenBos & Williams, 2000; Zarate et coll., 1997; Zaylor, 1999) que le recours à la vidéoconférence est essentiel de par sa capacité à transmettre les comportements verbaux et non-verbaux et par sa communication à caractère synchrone, pour appliquer une psychothérapie à distance (Maheu & Gordon, 1997). Ainsi, la télépsychothérapie se définit comme étant une psychothérapie qui s'effectue par un thérapeute qui se trouve dans un endroit différent du client, par l'entremise d'un moyen technologique (Kaplan, 1997). Bien que la télépsychologie fait partie intégrante de la télémédecine et que les psychologues utilisent la vidéoconférence depuis des années, il demeure que l'amélioration de la qualité de la technologie disponible (p.ex., transmission plus rapide, meilleure image, etc) augmente la fréquence de son utilisation depuis quelques années (Rees & Stone, 2005).

L'utilisation de la vidéoconférence pour offrir un traitement psychologique pour les troubles anxieux en général et plus spécifiquement pour le trouble panique avec agoraphobie comporte plusieurs avantages :

- 1) L'utilisation de la vidéoconférence pour offrir de la thérapie permet d'améliorer l'accessibilité à un psychologue et par le fait même, permet de réduire les listes d'attente et ainsi augmenter le nombre de services rendus. Le client souffrant de TPA peut donc avoir accès à un spécialiste plus rapidement et recevoir un diagnostic et un traitement validé empiriquement. Également, le délai d'attente amélioré, le client reçoit un traitement adéquat et nous pouvons supposer un meilleur pronostic.

- 2) L'évitement agoraphobique empêche souvent les gens de se déplacer pour se rendre dans les grands centres afin de consulter un psychologue. Avec la vidéoconférence, le client peut recevoir le service à distance et améliorer sa condition pouvant l'amener éventuellement à pouvoir voyager et se déplacer plus aisément dans les grands centres ou autre.
- 3) Coût social : il a clairement été démontré que les troubles anxieux, plus particulièrement le TPA, représentent des coûts très élevés pour la société canadienne en terme d'utilisation des services de santé générale plutôt que spécialisés (souvent en raison d'un manque de ressources de spécialistes et un problème de diagnostic et traitement adéquat, d'absentéisme au travail ou à l'école, de médicaments, etc. (Koerner et coll., 2004; Simon, Ormel, VonKorff & Barlow, 1995). En utilisant la vidéoconférence, nous pouvons penser à une réduction potentielle de ces coûts associés aux conséquences directes et indirectes de souffrir d'un trouble panique avec agoraphobie.
- 4) L'utilisation de la vidéoconférence permet aussi d'améliorer la communication et les échanges entre les différents professionnels de la santé impliqués dans un plan de traitement. Par exemple, le psychologue qui traite le client à distance peut également utiliser la vidéoconférence pour être plus facilement en contact avec le médecin ou psychiatre impliqué dans le plan de traitement et se trouve en mesure de faire un suivi beaucoup plus adéquat. De même, les professionnels impliqués dans le plan de traitement peuvent bénéficier de la vidéoconférence pour échanger les informations pertinentes au dossier afin d'assurer une meilleure qualité de service.
- 5) Enfin, la vidéoconférence permet aussi la formation continue des professionnels en régions éloignées, ce qui permet d'offrir des entraînements spécialisés aux professionnels déjà sur place et par conséquent, améliorer l'accessibilité à des spécialistes, ainsi que la rapidité et la qualité des services.

Par contre, l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir de la thérapie pour les troubles anxieux comporte quelques désavantages :

- 1) L'utilisation de nouvelles technologies, tout comme la vidéoconférence, implique que les thérapeutes se familiarisent avec l'équipement et son fonctionnement. La vidéoconférence peut gêner certains thérapeutes et/ou clients affectant ainsi la qualité de service. De même, l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir de la thérapie exige une bonne organisation afin de bien coordonner les rendez-vous et la disponibilité des gens disposés à faire fonctionner la vidéoconférence à l'autre bout.
- 2) Les coûts : l'équipement de vidéoconférence est très coûteux. Le fait que cette dépense représente un bon rapport coût-bénéfice dépendra ultimement de l'utilité thérapeutique des interventions par vidéoconférence. Toutefois, il est à noter que plusieurs milieux hospitaliers disposent déjà de systèmes de vidéoconférence.

En somme, la vidéoconférence constitue une solution très utile et prometteuse puisqu'elle permet des conditions pouvant remédier aux problèmes de contingences géographiques et au manque de professionnels de la santé, en l'occurrence des psychologues, en régions éloignées. Parmi les nombreux avantages et bénéfices de son application, on dénombre essentiellement l'amélioration de l'accessibilité des services et l'augmentation du nombre de services rendus, l'amélioration d'échanges d'information entre les différents professionnels de la santé impliqués dans un plan de traitement, l'amélioration de l'éducation continue des professionnels en régions éloignées et la réduction potentielle des coûts (Hjelm, 2005). La littérature florissante sur l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir des services de thérapie focalise principalement sur sa faisabilité et la satisfaction des services rendus. Somme toute, les études utilisant la vidéoconférence en télémédecine, incluant celles en télépsychiatrie et de télépsychothérapie

concluent à la faisabilité de son utilisation et rapportent des taux de satisfaction très élevés.

Néanmoins, les partisans de la télémédecine soutiennent qu'il demeure primordial que son utilité et son intégration dans le système de santé soient supportées par des données empiriques démontrant son efficacité (Frueh et coll., 2004; Grigsby et coll., 1995; Perednia, 1995; Williams et coll., 2001). Pour les besoins de la thèse, nous recenserons les études ayant porté sur l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir de la thérapie.

Études sur la télépsychothérapie

Bien qu'utilisée depuis déjà plusieurs années, peu d'études empiriques sont disponibles sur la télépsychothérapie. En effectuant une recherche à l'aide de PsychInfo, en utilisant les mots-clés « psychotherapy », « therapy », assortis des termes « videoconferencing », « telemedecine » et « telepsychotherapy », un total de 16 études sont ressorties. Les prochaines pages résumant ces études et vous présentent une critique globale à la fin de celles-ci.

En 1955, l'Institut Psychiatrique du Nebraska, sous la direction de Wittson, installe un système de télévision de circuit unidirectionnel. Ce système s'est développé quelques années plus tard pour devenir un système interactif à deux voies. Cette première connexion permet aux psychiatres de l'Institut psychiatrique de communiquer avec le personnel en santé mentale de l'hôpital de Norfolk, à 180 km de distance. Les services offerts consistent en thérapies, évaluations neurologiques, diagnostics, consultations de cas, séminaires de recherche, éducation et formation (Benschoter, Wittson, & Ingham, 1965; Wittson & Benschoter, 1972). Dans leur évaluation sur l'efficacité de cette technologie, les auteurs rapportent que certaines personnes (clients et personnels travaillant en santé mentale) étaient initialement hésitantes à utiliser cette technologie en raison de problèmes techniques et des coûts élevés, quoique celles l'ayant utilisé étaient extrêmement positives à propos de leur expérience. Toutefois, leur rapport demeure

entièrement subjectif et manque d'évaluations empiriques. Malheureusement, ce manque d'évaluations empiriques semble s'être perpétué à travers les années (Sleek, 1997).

Wittson, Affleck et Johnson (1961) utilisent le système de vidéoconférence du Nebraska pour faire une psychothérapie de groupe. Les psychiatres de l'Institut effectuent un groupe de thérapie auprès de 24 participants ayant des comportements antisociaux. Les participants reçoivent au total 24 sessions de psychothérapie de groupe. Dans leur évaluation subjective sur l'efficacité du traitement, ils indiquent que de façon générale, le traitement semble efficace quand ils le comparent subjectivement au traitement en face-à-face. Quoique les auteurs commentent sur la faisabilité et l'efficacité de la télépsychothérapie en groupe, leur rapport ne repose sur aucune donnée objective.

En 1968, Thomas Dwyer est le deuxième à utiliser un système de télévision interactive entre une station médicale de l'aéroport de Boston et le Massachusetts General Hospital. La distance qui les sépare n'est seulement que de trois miles, quoiqu'en raison de la densité du trafic, plusieurs personnes ont de la difficulté à se rendre d'un point à l'autre. En l'espace de deux ans et demi, le système aura permis alors de desservir 150 clients, et chacun d'entre eux sont rencontrés d'une à 20 fois. Les interventions effectuées incluent des entrevues diagnostics pour adultes et enfants, des interventions brèves en situation de crise aiguë, des prescriptions de médicaments, de la thérapie de support et d'exploration prolongée et de la thérapie de groupe (Dwyer, 1973). En raison d'une réponse positive du personnel et des clients, un second lien est établi avec le Bedford Veterans Administration Hospital à 30 km de distance. Dwyer (1973) rapporte de façon anecdotale que plusieurs personnes sont positives à l'idée de situations potentielles de thérapie individuelle ou de groupe par vidéoconférence, suite à l'utilisation du

système. Encore une fois, ce rapport est entièrement subjectif, mais Dwyer (1973) conclut tout de même à la faisabilité et à l'acceptabilité de l'utilisation de la vidéoconférence.

En 1986, des chercheurs effectuent une première étude contrôlée sur la satisfaction de l'utilisation de la vidéoconférence (Dongier, Tempier, Lalinec-Michaud, & Meunier, 1986). Ils relient deux étages dans un hôpital au Québec à l'aide d'un système de télévision interactive. Les chercheurs comparent les résultats d'entrevues diagnostics effectués par l'entremise de la vidéoconférence et en face-à-face. Trois psychiatres effectuent les entrevues d'évaluation (n=85). Les résultats des questionnaires indiquent que les psychiatres et les clients se disaient satisfaits, et ce, pour les deux conditions. Les auteurs concluent donc à la faisabilité de l'utilisation de la vidéoconférence.

Kaplan (1997) rapporte pour sa part deux histoires de cas. Les clients sont rencontrés individuellement pour des problèmes personnels/familiaux. Une psychanalyse est effectuée par vidéoconférence, avec 170 sessions échelonnées sur 2 ans et demi. Il rapporte une amélioration de la symptomatologie, quoique aucune donnée ne soit rapportée.

Mielonen, Ohinmaa, Moring et Isohanni (1998) rapportent l'utilisation de la vidéoconférence pour différents services, notamment pour la thérapie familiale et la consultation occupationnelle. Quoique les auteurs soulignent la faisabilité pour la télépsychothérapie, ils ne rapportent eux non plus aucun résultat sur l'efficacité du traitement.

Pour leur part, Manchanda et McLaren (1998) appliquent, à l'aide de la vidéoconférence, une thérapie individuelle de type cognitivo-comportementale de 12 semaines, en raison d'une heure par semaine, à un client de niveau socio-économique favorisé souffrant d'un trouble léger d'anxiété et de dépression (diagnostic rapporté non explicite). Comme mesures d'évaluation d'efficacité, le client complète les questionnaires suivants : Beck Depression Inventory (BDI), le

Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) et le Dysfunctional Attitude Scale (DAS). Les auteurs suggèrent qu'à la fin du traitement, le client ne rencontre plus le seuil clinique pour l'anxiété et la dépression et que ces résultats se maintiennent jusqu'à un suivi de trois mois suivant la fin de la thérapie. Les auteurs concluent à l'efficacité de la télépsychothérapie, bien que malheureusement, ils ne rapportent aucune donnée empirique.

Hufford, Glueckauf et Webb (1999) effectuent une étude auprès de trois familles ayant un adolescent souffrant d'épilepsie. L'objectif de l'étude est de déterminer s'il existe une différence dans la perception des dyades (parent-adolescent) quant à leur niveau de confort et de distraction à travers trois différentes modalités: a) vidéoconférence à partir de la maison, b) téléphone, c) vidéo à partir des locaux de recherche. Pendant six sessions, ils administrent le modèle de consultation familiale de Glueckauf. Les résultats montrent pour tous les participants un niveau de confort de modéré à très élevé, ainsi qu'un niveau très bas de distraction à travers les trois modalités de traitement. Également, les résultats suggèrent une réduction de 40% et de 63% de la sévérité du problème, selon les rapports respectifs des mères et des adolescents. Les résultats montrent également que les adolescents sont plus confortables et moins distraits que les parents et ce, dans les trois modalités.

L'équipe de Glueckauf et coll. (1999, 1998) compare l'efficacité de la thérapie familiale pour des adolescents épileptiques et leurs familles en régions rurales, par l'intermédiaire du téléphone et de la vidéoconférence, versus en face-à-face. Pour ce faire, 39 familles participent à l'étude. Leurs résultats préliminaires laissent croire à une amélioration pour les trois conditions.

Deitsch, Frueh et Santos (2000) rapportent les impressions subjectives d'un groupe de thérapie conduit entre deux villes de la Caroline du Sud, le thérapeute et le groupe de participants étant séparés d'une distance de 200 km. Quatre participants prennent part à l'étude. L'âge

moyen du groupe est de 54 ans et les quatre participants sont des vétérans de la guerre du Vietnam, ayant reçus un diagnostic d'un état de stress post-traumatique et de dépression majeure comme diagnostic comorbide. Les auteurs de l'étude rapportent des taux de satisfaction très élevés, sans rapporter de donnée précise. Néanmoins, aucune donnée empirique n'est disponible sur l'efficacité thérapeutique et sur la qualité de la relation thérapeutique établit entre les deux parties.

Dans une autre étude, une participante âgée de 38 ans vivant dans une région rurale au sud de l'Australie reçoit une thérapie de type cognitivo-comportementale par vidéoconférence pour un trouble panique avec agoraphobie avec dépression majeure comorbide (Cowain, 2000). La participante reçoit douze rencontres de thérapie individuelle par vidéoconférence, en raison d'une heure/semaine. Au pré-traitement, l'auteur rapporte un score de 14 sur l'Inventaire de Dépression de Beck (IDB) et un score de 46 sur l'Inventaire d'Anxiété de Beck (IAB), respectivement. Les scores finaux sur le IDB et sur le IAB au post-traitement sont de 0 et 3 respectivement. L'auteur rapporte également que la participante est sans attaque de panique et qu'elle a diminué de façon significative la prise de sa médication (Trifluoperazine et Paroxétine). En ce qui a trait à l'alliance thérapeutique, aucune donnée empirique n'est rapportée. Or, Cowain (2000) mentionne que la participante relate une bonne qualité de la relation thérapeutique.

Simpson (2001) effectue une étude pilote à l'intérieur de laquelle elle mesure la faisabilité et l'acceptabilité de la vidéoconférence, sous-entendant la possibilité d'offrir des services psychologiques, aux îles Shetland, regroupement d'îles au nord de l'Écosse. Pour l'étude, dix participants (huit femmes et deux hommes) reçoivent douze rencontres de thérapie individuelle par vidéoconférence. Des questionnaires mesurant la satisfaction, ainsi que

l'amélioration thérapeutique sont administrés après chaque groupe de trois sessions, avant et après la thérapie. Enfin, les résultats montrent une satisfaction élevée de la part des dix participants et une auto-perception élevée de leur amélioration. Or, aucune donnée empirique n'est disponible sur l'amélioration thérapeutique.

D'autres chercheurs comparent la thérapie cognitivo-comportementale effectuée en face-à-face, en vidéoconférence et par téléphone (Day & Schneider, 2002). Pour leur étude, 80 participants souffrant de troubles hétérogènes de santé mentale sont assignés aléatoirement dans l'une des trois conditions. Toutes les sessions de thérapie prennent place dans le même édifice. Les résultats démontrent qu'il y a une amélioration générale significative après cinq sessions de traitement et ce, pour toutes les conditions, comparativement à la liste d'attente. Aucune différence significative n'est notée entre les trois conditions de traitement.

Bouchard et ses collègues (2004) comparent l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale du TPA par vidéoconférence et en face-à-face. Les participants reçoivent 12 sessions de TCC individuelle par vidéoconférence (n=11) ou en face-à-face (n=10). Les résultats ne permettent pas de conclure en une différence significative entre les deux modes de thérapie. Or, une amélioration clinique et statistique significative est observée sur la symptomatologie, ainsi que sur le fonctionnement global.

Une étude évalue l'efficacité de la thérapie par vidéoconférence chez une population boulimique (Simpson, Bell, Knox, & Mitchell, 2005). Six participants (cinq femmes et un homme) prennent part à l'étude. Ils effectuent l'évaluation diagnostique par vidéoconférence et la thérapie cognitivo-comportementale est administrée par vidéoconférence également. Les auteurs ne rapportent pas le nombre de sessions effectuées. Les résultats montrent que trois participants ne rencontrent plus les critères diagnostics d'un désordre de boulimie après 4

semaines de thérapie et deux d'entre eux après le mois suivant la fin de la thérapie. En dépit du petit échantillon, les auteurs concluent à la faisabilité d'offrir efficacement un traitement de type cognitivo-comportementale auprès d'une population boulimique.

Finalelement, Himle et ses collègues (2006) effectuent une étude auprès de gens souffrant d'un trouble obsessionnel-compulsif. Trois participants âgés de 19, 29 et 39 ans prennent part à l'étude. Une entrevue structurée est effectuée à l'aide du SCID afin de déterminer la présence d'un trouble obsessionnel-compulsif. Les participants reçoivent une thérapie individuelle de type cognitivo-comportemental pour le trouble obsessionnel-compulsif par vidéoconférence. Toutes les sessions sont d'une durée de 60 minutes. Les membres de leurs familles assistent aux rencontres 1, 6 et 12. L'efficacité thérapeutique est évaluée à l'aide du Yale-Brown Obsessive Compulsive Inventory (Y-BOCS) et une mesure d'amélioration globale est également administrée. Les résultats montrent une amélioration sur le Y-BOCS se situant entre 44% et 55%, ce qui est comparable aux résultats observés en face-à-face. Les auteurs concluent à l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale par vidéoconférence pour le trouble obsessionnel-compulsif.

En somme, toutes ces études démontrent la faisabilité de l'application de la psychothérapie par vidéoconférence et dans certains cas, l'efficacité du traitement. Néanmoins, toutes les études recensées souffrent d'une ou plusieurs limitations méthodologiques. Dans un premier temps, plusieurs études commentent sur la faisabilité et l'efficacité thérapeutique, alors qu'il demeure que ce sont des rapports subjectifs et qu'elles ne rapportent aucune donnée empirique (Benschoter et coll., 1965; Deitsch et coll., 2000; Dwyer, 1973; Kaplan, 1997; Mielonen et coll., 1998; Manchanda & McLaren, 1998; Simpson, 2001; Wittson & Benschoter, 1972; Wittson et coll., 1961). De même, nous notons d'autres faiblesses méthodologiques

importantes telles que l'absence de diagnostic fidèle (Kaplan, 1997; Manchanda & McLaren, 1998), l'absence de condition témoin (Benschoter et coll., 1965; Deitsch et coll., 2000; Dwyer, 1973; Kaplan, 1997; Mielonen et coll., 1998; Manchanda & McLaren, 1998; Simpson, 2001; Simpson et coll., 2005; Wittson & Benschoter, 1972; Wittson et coll., 1961), un échantillon qui compare différents troubles mentaux (Day & Schneider, 2002), l'application de traitements non validés empiriquement (Kaplan, 1997), des traitements appliqués sans l'utilisation de manuels de traitements standardisés ou encore, l'absence de relance témoin (Benschoter et coll., 1965; Bouchard et coll., 2004; Day & Schneider, 2002; Deitsch et coll., 2000; Dwyer, 1973; Kaplan, 1997; Mielonen et coll., 1998; Manchanda & McLaren, 1998; Simpson, 2001; Simpson et coll., 2005; Wittson & Benschoter, 1972; Wittson et coll., 1961). Néanmoins, malgré ces nombreuses faiblesses méthodologiques, les résultats de certaines études nous laissent croire avec une certaine confiance à la faisabilité de la thérapie via la vidéoconférence et laissent supposer que la thérapie peut être efficace via la vidéoconférence (Bouchard et coll., 2004; Day & Schneider, 2002; Simpson et coll., 2005).

Enfin, puisque plusieurs ont déjà commencé à offrir des services de télépsychothérapie (Schneider, 2000), il est primordial de déterminer à l'aide d'études rigoureuses son efficacité dans l'application de traitements et de déterminer si la vidéoconférence permet d'offrir des conditions où il est possible de développer une alliance thérapeutique, condition nécessaire pour favoriser l'application des interventions thérapeutiques.

La télépsychothérapie et l'alliance thérapeutique

Bien que très peu d'études existent sur la télépsychothérapie, leurs résultats démontrent sa faisabilité et laissent croire à son efficacité. Néanmoins, plusieurs inquiétudes sont exprimées en regard à la nature et qualité de la relation thérapeutique pouvant être développées en vidéoconférence (May et coll., 2001) et un certain nombre de thérapeutes sont sceptiques à la possibilité de démontrer une empathie et une chaleur adéquate via la vidéoconférence (Simpson et coll., 2005). Ces inquiétudes semblent être basées sur la supposition que la communication va être compromise en vidéoconférence, prévenant ainsi le développement d'un attachement significatif entre le client et le thérapeute (Simpson et coll., 2005). Selon Ghosh et ses collègues (1997), la relation thérapeutique, une composante importante de l'alliance, est celle qui risque d'être affectée par la vidéoconférence. Plus précisément, la vidéoconférence offrirait des conditions thérapeutiques susceptibles d'indisposer le client dans l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique, par exemple, en perturbant les échanges non verbaux. Par exemple, il est plus difficile d'établir un contact visuel direct, de bien lire les détails des expressions faciales, de même que bien interpréter le langage corporel (Buxton, 1992). Considérant l'alliance thérapeutique comme étant un élément essentiel à l'efficacité d'une thérapie, il est important de vérifier si l'utilisation de la vidéoconférence en thérapie vient nuire à l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique.

Seulement huit études effectuées en vidéoconférence se sont attardées à la question de l'alliance thérapeutique. Dans un premier temps, Ghosh, McLaren et Watson (1997) rapportent une étude de cas sur un transsexuel (femme-homme) âgé de 24 ans. Le traitement vise à aider à mieux accepter la transformation après la chirurgie. Le traitement appliqué est éclectique et se fait par vidéoconférence. La thérapie est de 12 sessions, en raison d'une durée de 60-90 minutes

aux deux semaines. Après chaque session, le participant complète un questionnaire validé, le Working Alliance Inventory (WAI, Horvath & Greenberg, 1989). Les auteurs rapportent l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique par vidéoconférence, mais ils ne rapportent aucune donnée précise pour le client.

Tel que décrit précédemment dans l'étude de Manchanda et McLaren (1998), les auteurs mesurent également l'alliance thérapeutique. Le client doit compléter le Working Alliance Inventory (WAI) à chaque session. Plus le score est élevé sur WAI, plus il représente une bonne alliance thérapeutique, le score maximum étant 256. Ils observent qu'une bonne alliance thérapeutique se développe entre les deux parties puisque le client obtient des scores de 225, 227 et 221 à la première, cinquième et dixième rencontres respectivement.

Dans l'étude de Hufford, Glueckauf et Webb (1999), les auteurs mesurent aussi l'alliance thérapeutique. Ils rapportent qu'à la sous-échelle « relation thérapeutique » du WAI, la moyenne se situe entre 5 (en accord) à 7 (complètement d'accord), suggérant une relation positive entre les adolescents et les thérapeutes. Toutefois, les auteurs ne rapportent aucune donnée pour les autres sous-échelles et le score total.

De même, dans l'étude décrite par Simpson (2001), un questionnaire mesurant l'alliance thérapeutique est administré après chaque trois sessions, avant et après la thérapie. L'alliance thérapeutique est mesurée à l'aide du « Penn Helping Alliance Scales ». Les résultats indiquent que les participants développent une relation thérapeutique positive, avec leur thérapeute. Simpson (2001) rapporte qualitativement certains commentaires des participants, qui mentionnent que pour certains d'entre eux, la vidéoconférence contribue à favoriser la qualité de la relation thérapeutique.

Dans l'étude rapportée par Day et Schneider (2002), les auteurs ont également mesuré l'alliance thérapeutique. L'alliance thérapeutique est mesurée à l'aide du Vanderbilt Psychotherapy Process Scale (VPPS; Strupp, Hartley & Blackwood, 1974). L'alliance est mesurée par des observateurs. Les résultats montrent que l'alliance thérapeutique est significativement et positivement corrélée avec les résultats thérapeutiques.

Dans l'étude de Bouchard et coll. (2004) portant sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale en vidéoconférence, les auteurs évaluent l'alliance thérapeutique. Les clients recevant la vidéoconférence complètent le questionnaire Working Alliance Inventory (WAI) à la première, à la cinquième et à la dernière rencontre. Les clients retournent les questionnaires par la poste à la clinique des troubles anxieux de Gatineau. Les résultats montrent des scores maximaux sur le WAI pour les clients recevant la vidéoconférence. Malheureusement, aucune donnée n'a été obtenue pour ceux ayant reçu la thérapie en face-à-face.

Simpson, Bell, Knox et Mitchell (2005) mesurent également l'alliance thérapeutique. Bien que les auteurs ne rapportent pas le nombre de sessions effectuées, ils indiquent que l'alliance thérapeutique est mesurée à l'aide de « l'Agnew Relationship Measure » (ARM) à toutes les trois sessions. Les résultats indiquent que pour les six participants, une forte alliance thérapeutique est développée. En dépit du petit échantillon, les auteurs concluent à la capacité de développer une alliance thérapeutique.

Enfin, Himle et ses collègues (2006) évaluent la qualité de l'alliance thérapeutique à l'aide du Working Alliance Inventory (WAI). Les auteurs ne rapportent pas à quelle session ils ont administré la mesure de l'alliance thérapeutique. Ils rapportent toutefois qu'au post-traitement, les scores sur le WAI sont tous très élevés pour les trois participants. Or, les auteurs ne rapportent aucune donnée.

Le rôle de l'alliance thérapeutique en vidéoconférence commence à peine à être documenté. Les études effectuées sur l'alliance thérapeutique en vidéoconférence démontrent toutes la capacité de développer une alliance thérapeutique par vidéoconférence et ce, en dépit de l'approche théorique utilisée et des problématiques traitées. Encore une fois, plusieurs faiblesses méthodologiques sont présentes dans la majorité des études. Entre autre, certaines études rapportent la qualité de l'alliance thérapeutique de façon subjective (Ghosh et coll., 1997). De plus, le nombre de participants est très restreint, et ce dans toutes les études. Enfin, aucune d'entre elles ne possède de condition témoin, limitant ainsi les comparaisons de la qualité de l'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face. Nonobstant ces faiblesses méthodologiques, il demeure que nous observons qu'une alliance thérapeutique se développe, et ce, dans les sept études effectuées.

L'étude qui s'apparente le plus à la présente thèse est celle de Bouchard et ses collègues (2004). Cette étude n'étant pas construite pour documenter la création et le rôle de l'alliance thérapeutique en télépsychothérapie, elle ne fait qu'ouvrir la voie à des études plus poussées incluant une condition recevant une thérapie en face-à-face et contrôlant plus adéquatement le biais de désirabilité sociale et le choix des instruments de mesure de l'alliance. Pour étudier si l'établissement d'une alliance se crée différemment en vidéoconférence, il faut d'abord étayer une réflexion sur l'alliance elle-même et documenter comment l'alliance se développe en face-à-face et dans la thérapie cognitivo-comportementale.

CHAPITRE DEUX

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Le présent chapitre porte sur l'alliance thérapeutique. Premièrement, une brève historique du concept de l'alliance thérapeutique est présentée. Deuxièmement, une présentation des principes généraux reliés à la qualité de l'alliance est suivie d'une introduction des principaux instruments de mesures de l'alliance thérapeutique. Par la suite, une présentation des concepts théoriques et des études portant sur l'alliance en tant que variable prédictive des résultats thérapeutiques, ainsi que le rôle de l'alliance thérapeutique dans l'approche cognitivo-comportementale et de l'alliance comme valeur prédictive dans la thérapie cognitivo-comportementale est effectuée.

Historique du concept de l'alliance thérapeutique

La relation entre le client et le thérapeute a historiquement occupé un rôle proéminent dans les théories du processus thérapeutique (Horvath, 2005). Déjà en 1912, Freud souligne le rôle central de la relation thérapeutique dans le processus de psychothérapie et introduit le concept de transfert dans le processus thérapeutique. Freud croit qu'un attachement positif entre le patient et l'analyste représente une composante importante au succès de l'analyse, quoique cette relation d'attachement ne soit pas considérée comme une relation « réelle ». Le transfert, lorsque positif, fait référence à des sentiments amicaux et affectueux qui sont disponibles à la conscience et qui contribuent au succès de la thérapie. Ces sentiments de sympathie, d'amitié et de confiance peuvent être présents dès le début de la thérapie et constituent des forces positives motivationnelles pour le progrès (Freud, 1958). Ainsi, dans la psychanalyse traditionnelle, le thérapeute tente de maintenir une image aussi neutre que possible afin de créer un écran noir envers lequel le patient puisse projeter ses sentiments inconscients. Ce transfert des expériences

relationnelles du passé vers le thérapeute place ainsi la relation thérapeutique au centre de la tâche thérapeutique pour résoudre des conflits antérieurs à travers une nouvelle compréhension par l'expérience présente (Freud, 1958). Quoique Freud n'eût pas fait de spéculation à propos de ce qu'advient la relation thérapeute-patient lorsque le transfert positif est résolu, certains écrits d'analystes suggèrent qu'éventuellement, une relation réelle, s'enracinant par l'entremise des sentiments des interactions fondées sur la réalité entre le thérapeute et le patient, prendra place (Horvath, 2000). Greenson (1965) élabore sur ce concept de collaboration, basé sur la réalité, entre le thérapeute et le patient et invente le terme « working alliance ». Il propose un modèle ayant trois composantes, c'est-à-dire le transfert, l'alliance thérapeutique et la relation réelle (Gelso & Carter, 1985). En fait, Greenson (1965) propose que dès le début du processus thérapeutique, il existe deux composantes à la relation thérapeutique, soit celle du transfert positif et celle d'un attachement de base réel. Ainsi, un processus thérapeutique se construit à l'intérieur duquel le patient oscille entre ces deux composantes, et utilise la force de la relation thérapeutique réelle pour résoudre les patrons névrotiques d'attachements (Horvath, 2000). Bien que l'intérêt sur l'impact d'une alliance positive entre le client et le thérapeute se maintient à travers les écrits de Sterba (1934), Zetzel (1956) et Gitleson (1962), Greenson (1969) est le premier à utiliser le concept de l'alliance thérapeutique et à voir la collaboration positive entre le client et le thérapeute comme étant une composante essentielle au succès thérapeutique (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Symonds, 1991).

Historiquement le plus influent, Rogers (1951, 1957) considère l'alliance thérapeutique comme une condition non seulement nécessaire, mais suffisante pour obtenir un changement positif significatif en thérapie. Ainsi, Rogers (1951) indique qu'il revient au thérapeute d'établir un environnement sécurisant et de confiance pour enclencher le processus thérapeutique. De ce

fait, les conditions relationnelles offertes par le thérapeute, à l'intérieur desquelles ce dernier est empathique, congruent et présentant un regard positif inconditionnel envers le patient, sont en soi suffisantes pour qu'un changement thérapeutique positif s'effectue. Ce fut le premier argument théorique suggérant que la relation que le thérapeute procure, plutôt que la technique qu'il applique, est responsable de l'efficacité de la thérapie (Horvath, 2000).

Luborsky (1976) pour sa part raffine le concept de l'alliance. Il suggère que l'alliance représente une entité dynamique plutôt que statique qui réagit aux demandes changeantes des différentes phases de thérapie. Ainsi, il identifie deux types d'alliance. L'alliance de type I serait plus évidente au début du processus thérapeutique, où le thérapeute offre plutôt support et aide, alors que l'alliance de type II se manifesterait lorsqu'il y a présence d'un sentiment où le client et le thérapeute travaillent ensemble contre ce qui importune le client et lorsqu'ils partagent les responsabilités sur les buts du traitement (Horvath & Luborsky, 1993).

Se basant sur les travaux antérieurs de Greenson (1969), Bordin (1979) propose une formulation panthéorique du concept de l'alliance thérapeutique. Bordin reprend le concept d'origine psychodynamique et le reformule de façon plus générique, afin d'articuler l'alliance avec les autres aspects de la thérapie (Horvath, 2005). Il suggère que l'alliance constitue une relation consciente « d'ici et maintenant », quoique dans les phases du début de la thérapie, elle peut être influencée par des relations antérieures. Bordin (1979), tout comme Rogers, prétend que l'alliance est générique à tous les processus d'aide. Toutefois, contrairement à Rogers, Bordin considère que l'alliance implique un accord et une collaboration entre le thérapeute et le client, créant ainsi une « réelle » relation bi-directionnelle. Bordin (1979) considère l'alliance thérapeutique comme un ingrédient qui rend possible, chez le client, d'accepter et de suivre le traitement fidèlement. L'alliance thérapeutique ainsi conçue par Bordin devient donc une

condition facilitatrice qui procure une atmosphère pour implanter une variété de tâches thérapeutiques efficaces *et* un agent thérapeutique bénéfique en lui-même (Horvath, 2000). Bordin (1979) définit l'alliance comme ayant trois composantes inter reliées: la relation thérapeutique, les tâches et les buts. La *relation thérapeutique* fait référence à l'attachement positif entre le client et le thérapeute, qui inclut un sentiment de confiance et d'acceptation mutuel. La composante des *tâches* décrit l'accord ou le consensus entre le client et le thérapeute à propos de ce qui doit être fait en thérapie et sur la façon dont les activités vont contribuer à la résolution du problème du client. Finalement, la composante des *buts* traduit le consensus entre le client et le thérapeute sur leurs attentes concernant les améliorations thérapeutiques à court et à long terme. Une forte alliance thérapeutique se caractérise par l'endossement et la valorisation mutuelle entre le client et le thérapeute des buts à atteindre au cours des interventions thérapeutiques (Horvath & Luborsky, 1993). Cette définition tripartite générale est la plus communément utilisée dans la littérature pour étudier le rôle, l'importance et les mesures de l'alliance thérapeutique (Horvath & Greenberg, 1994). Pour ces diverses raisons, cette définition de l'alliance sera adoptée pour la présente thèse.

La qualité de l'alliance

Une alliance thérapeutique est dite formée lorsque ces trois facteurs (e.g., relation thérapeutique, tâches et buts) sont présents, quoique la présence de ces facteurs existe à des degrés divers à l'intérieur de chacune des dyades thérapeutiques (Horvath, 2000). Une définition claire de ce que constitue une alliance thérapeutique bonne ou acceptable, ainsi que les circonstances sous lesquelles la qualité de cette relation est plus ou moins influencée reste à formuler. En 1994, Orlinsky et ses collaborateurs recommandent que plus de recherches soient effectuées afin de faire reposer ces notions sur des bases empiriques. En l'absence de données,

cette recommandation semble toujours pertinente. De même, certaines dimensions de l'alliance se chevauchent avec certaines techniques (p.ex., commentaires empathiques, spécifications des buts) (Crits-Christoph & Connolly, 1999). Néanmoins, il est implicite dans la littérature que le degré de présence de ces facteurs détermine la force de l'alliance et par conséquent, la probabilité d'un succès thérapeutique.

Horvath (2000) souligne bien que la qualité de l'alliance n'est pas constante à travers le temps. En fait, il semble que l'établissement d'une bonne alliance ne soit pas linéaire à travers le temps, mais qu'elle fluctue au cours du traitement. Toutefois, l'établissement de l'alliance doit se faire dans les débuts de la thérapie (habituellement avant la cinquième session), sinon, le client risque de terminer la thérapie prématurément ou échouer dans son engagement nécessaire pour accomplir un changement (Horvath, 2000; Safran, Crocker, McMain & Murray, 1990; Safran, Muran & Wallner, 1994). Bien que l'établissement d'une forte alliance dès le début entre le client et le thérapeute ne garantit pas la qualité de l'alliance au cours du traitement, il semble qu'elle permet de résoudre avec succès une perturbation subséquente de l'alliance et d'utiliser cette perturbation pour les bénéfices du client (Horvath, 2000). En somme, l'établissement d'une alliance représente l'une des tâches prioritaires dès le début du traitement: si une bonne alliance n'est pas développée avant la cinquième session, la probabilité d'un succès thérapeutique est significativement diminuée (Horvath, 2000).

Mesures de l'alliance

Plusieurs instruments sont développés dans les années '80 pour mesurer l'alliance. Les mesures les plus familières sont le Working Alliance Inventory (WAI; Horvath, 1981, 1982); le Penn Helping Alliance Scale (Penn Scales; Luborsky, 1976); le Vanderbilt Scales (VPPS; Strupp et coll., 1986); le California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS/CALTRAS; Marmar,

Horowitz, Weiss & Mariziali, 1986); et le Therapeutic Bond Scale (Howard, Orlinsky & Saunders, 1991).

Dans les premières mesures de l'alliance, l'une des plus communément utilisées est une mesure développée par Luborsky et ses collègues (1984). Dans une conceptualisation psychodynamicienne, le Penn Helping Alliance Scale mesure les signes de type I (e.g., la perspective du client du thérapeute à lui procurer l'aide dont il a besoin) et les signes du type II (e.g., l'expérience du client de la thérapie, en tant que processus de travail de collaboration envers les buts à atteindre).

Dans une tentative de mesurer et d'opérationnaliser le concept intégratif de l'alliance tel que définit par Bordin, Horvath et ses collègues développent le WAI (Horvath, 1981; Horvath & Greenberg, 1986, 1989). Les buts manifestes en créant cette nouvelle échelle d'alliance sont tripartites : ils voulaient mesurer les facteurs de l'alliance dans tous les types de thérapie, de documenter la relation entre la mesure de l'alliance et les construits théoriques sous-jacents la mesure et de connecter la mesure d'alliance à une théorie générale d'un changement thérapeutique (Martin et coll., 2000). Ainsi, le WAI permet de mesurer les trois composantes de l'alliance, soit les *tâches* à effectuer en cours de thérapie envers lesquelles le client et le thérapeute s'entendent mutuellement, la *relation* qui se réfère à l'attachement entre le client et le thérapeute, et les *buts* à atteindre en thérapie.

Quant à Strupp et ses collègues (1984), ils développent une échelle d'alliance, le Vanderbilt Scales, qui reflète une combinaison des conceptualisations dynamiques et intégratives de l'alliance. Cette échelle mesure la relation patient-thérapeute, et le processus thérapeutique. L'échelle est conçue pour mesurer tant les aspects positifs que négatifs des comportements et des

attitudes des clients et des thérapeutes qui sont attendus afin de faciliter ou empêcher le progrès thérapeutique (Suh et coll., 1986).

Gaston (1990) propose un modèle de l'alliance thérapeutique ayant quatre parties: la capacité du client à travailler efficacement en thérapie, la relation affective du client envers le thérapeute, la compréhension empathique du thérapeute et l'habileté du client et du thérapeute à être en accord et collaborer sur les buts et tâches du traitement. Marmar, Horowitz, Weiss et Mariziali (1986) développent une mesure, le California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS/CALTRAS), qui opérationnalise ces quatre dimensions du construit de l'alliance. Puisque le CALPAS offre des versions pouvant être évaluées par le client, le thérapeute et un observateur, il est grandement utilisé par les chercheurs qui veulent mesurer l'alliance comme valeur prédictive de l'efficacité thérapeutique (Martin et coll., 2000).

En se basant sur des analyses empiriques, Orlinsky et Howard (1986) développent un modèle générique de psychothérapie selon lequel la relation est le premier des quatre éléments qui contribuent à l'efficacité psychothérapeutique. Ils développent alors le Therapeutic Bond Scale (TBS; Saunders, Howard, & Orlinsky, 1989) pour mesurer les dimensions de la relation et la collaboration de l'alliance, conçu selon ce modèle. Cette échelle mesure trois dimensions du concept de la relation thérapeutique de Orlinsky et Howard : la relation thérapeutique, la résonance empathique et l'affirmation mutuelle. De plus, le TBS contient le Global Bond Scale, qui est composé des trois sous-échelles.

En dépit des différences quant à la définition de l'alliance utilisée par les différents auteurs de ces mesures, les concepts de la collaboration, de la mutualité et de l'engagement sont des éléments communs à l'opérationnalisation du concept (Horvath & Symonds, 1991). Tous ces instruments mesurent l'alliance sur une session de thérapie ou plus.

L'alliance peut aussi être mesurée selon trois points de vue: le client, le thérapeute ou un observateur. La plupart des instruments mentionnés précédemment incluent des auto-rapports selon ces différentes perspectives. Des études effectuées selon des perspectives multiples révèlent que la perception du client ou d'un observateur constitue la mesure la plus prédictive des résultats du traitement comparativement au jugement du thérapeute (Horvath & Symonds, 1991). De même, les résultats indiquent que les clients tendent à mesurer l'alliance thérapeutique de façon plus constante que les thérapeutes et les observateurs (Martin et coll., 2000).

En somme, parmi les mesures d'alliance recensées, certaines de ces mesures tentent de mesurer des conceptualisations théoriques spécifiques de l'alliance (e.g., TBS, CALPAS), alors que d'autres tentent plutôt de mesurer les construits de l'alliance dans une approche éclectique (VPPS) (Martin et coll., 2000). Enfin, Horvath et Luborsky (1993) concluent que la plupart des échelles d'alliance mesurent le cœur de deux aspects de l'alliance : (a) l'attachement affectif entre le client et le thérapeute et (b) la collaboration ou la bonne volonté à s'investir dans le processus thérapeutique.

De ces mesures, le WAI constitue l'échelle qui est la plus appropriée et la plus recommandée pour la plupart des projets de recherche (Martin et coll., 2000) et ce, pour diverses raisons. Entre autre, le WAI figure parmi les échelles de mesure ayant reçu de loin, plus d'examen empiriques minutieux que les autres mesures d'alliance (Martin et coll., 2000). Comme Martin et ses collègues (2000) le soulignent, le WAI est conçu pour mesurer les facteurs de l'alliance dans tous les types de thérapies et qui permet de mesurer les construits théoriques sous-jacents de l'alliance. L'échelle procure un score pour une évaluation globale de l'alliance et mesure par le fait même les trois aspects de l'alliance selon le concept de Bordin (1979) : la

relation thérapeutique, l'accord sur les *tâches* et l'accord sur les *buts*. De même, le WAI mesure les deux aspects de l'alliance de Horvath et Luborsky (1993), soit l'attachement affectif entre le client et le thérapeute et la collaboration et l'investissement dans la thérapie (Martin, Garske & Davis, 2000). Enfin, le WAI peut être mesuré par le client, le thérapeute et/ou un observateur et des versions courtes existent pour toutes ces échelles. Pour ces différentes forces, le WAI sera l'instrument de mesure privilégié pour mesurer la qualité de l'alliance thérapeutique dans cette thèse.

L'alliance thérapeutique comme variable prédictive des résultats thérapeutiques

La recherche empirique sur le rôle et la fonction de l'alliance thérapeutique n'a pas débuté avant 1976. Avant ce temps, l'absence de mesures techniques appropriées a placé la dynamique de la relation en psychothérapie à l'ombre des recherches empiriques, quoique l'avancement technologique a permis le développement d'équipements (e.g., enregistrements sonores ou visuels) facilitant ainsi la recherche sur le processus thérapeutique (Horvath, 1994). Simultanément au développement du concept de l'alliance thérapeutique de Bordin (1979), des mesures (WAI, Horvath, 1981, 1982; CALPAS, Marmar, Gaston, Gallgher, & Thompson, 1989, etc) pour quantifier l'alliance sont développées afin de permettre les investigations sur la force entre l'alliance et les résultats de la thérapie à travers différentes approches thérapeutiques et problématiques (Horvath & Symonds, 1991).

Horvath et Symonds (1991) effectuent une méta-analyse pour résumer les résultats des quinze premières années de recherches. Les critères d'inclusion à leur méta-analyse sont les suivants : (a) la relation comme construit mesuré doit être identifié par les auteurs comme étant une alliance « thérapeutique », « aidante » ou de « collaboration », (b) la recherche doit rapporter une relation quantifiable entre l'alliance et certains indices de mesures d'efficacité thérapeutique

subséquente, (c) la recherche doit être clinique (à l'opposé d'analogue), (d) les rapports d'analyse doivent être basés sur un minimum de 5 participants, (e) les études doivent offrir un traitement individuel. Ainsi, en utilisant des standards très élevés pour l'inclusion des études (n=24), ils démontrent un effet de taille de .26, effet modeste mais similaire aux autres effets de taille des autres éléments importants en psychothérapie, quoique probablement conservateur étant donné leurs règles d'analyses (Horvath, 2000). Horvath et Symonds (1991) concluent que la qualité de la relation thérapeutique, nonobstant certaines variations quant à la définition précise du concept, constitue un prédicteur robuste des résultats thérapeutiques. De plus, les résultats démontrent que la relation entre l'alliance et un éventuel progrès thérapeutique devient apparente dès la troisième session de thérapie. Également, les résultats suggèrent que la relation entre l'alliance et les différents résultats s'avère plus forte que la relation avec d'autres construits (p.ex., l'empathie, le transfert, etc) (Horvath & Symonds, 1991).

En se basant sur les mêmes critères d'inclusion que Horvath et Symonds (1991), Martin et ses collègues (2000) effectuent à leur tour une méta-analyse afin de déterminer s'il existe une valeur prédictive de l'alliance envers l'efficacité thérapeutique. En plus d'avoir les critères ci-haut mentionnés, ils ajoutent deux critères suivants : (1) l'étude doit être présentée en anglais, (2) l'étude doit être publiée (dans un journal scientifique ou dans un résumé de dissertation ou présentée dans un congrès scientifique) entre le premier janvier 1977 et le 1 janvier 1997. De façon générale, ils rapportent que la raison principale d'exclusion d'études est de faillir d'inclure une mesure quantifiable de la relation entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique. Parmi les études recensées, 79 d'entre elles rencontrent les critères d'inclusion pour les procédures d'analyse de méta-analyse. Les résultats montrent une corrélation entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique de .22. Les auteurs concluent que ces résultats supportent la

croissance selon laquelle il existe une forte relation constante entre la relation thérapeutique et l'efficacité thérapeutique et ce, indépendamment du mécanisme sous-jacent cette relation (Martin et coll., 2000).

Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis et Siqueland (2000) regardent la relation entre l'alliance thérapeutique, les résultats de la thérapie et l'amélioration de symptômes au début du traitement. Un échantillon de 86 clients souffrant de divers problèmes (e.g., trouble d'anxiété généralisée, dépression chronique, personnalité évitante ou obsessionnelle-compulsive) reçoit une psychothérapie dynamique de support/expression (entre 16 et 52 sessions). Les résultats démontrent que l'alliance, mesurée à chaque session à l'aide du CALPAS, prédit de façon significative les changements subséquents de la dépression.

Luborsky (1994) rapporte dans une recension de 24 échantillons que la mesure de l'alliance est une variable prédictive positive significative. Dans une recension des écrits sur la valeur prédictive de l'alliance, Henry, Strupp, Schacht, et Gaston (1994) montrent un support empirique qui associe l'alliance et les résultats thérapeutiques. Également, les résultats suggèrent une association en dépit de la mesure utilisée, de la source de l'évaluateur de la mesure (e.g., client, thérapeute, observateur) ou de l'école de pensée qui est représentée. Eckert (1993) liste également huit références qui insistent spécialement sur la relation thérapeutique comme une relation émotionnelle puissante en tant que pouvoir curatif en soi (p.245). Finalement, d'autres études montrent que l'alliance est prédictive des résultats thérapeutiques pour des psychothérapies à long terme (Eaton, Abeles, & Gutfreund, 1988; Frank & Gunderson, 1990; Gaston, Piper, Debbane, Bienvenu & Garant, 1994).

Bien que les études suggèrent une valeur prédictive entre l'alliance et les succès thérapeutiques, et ce, à travers les différentes approches psychothérapeutiques (Martin et coll.,

2000), la plupart d'entre elles sont effectuées sur les thérapies psychodynamiques (Raue & Goldfried, 1994) ou rapportent des résultats corrélationnels sur des échantillons hétérogènes (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis & Siqueland, 2000; Henry, Strupp, Schacht & Gaston; 1994). Également, dans les deux méta-analyse auxquels plusieurs études se réfèrent pour avancer de l'importance de la qualité de l'alliance thérapeutique comme valeur prédictive de l'efficacité thérapeutique (Horvath & Symonds, 1991; Martin et coll., 2000), les auteurs concluent que la relation thérapeutique est significativement associée à l'efficacité thérapeutique non seulement à travers une série d'études, mais également à travers différents types de psychothérapies. Or, dans plusieurs des études recensées, les thérapeutes se décrivent comme étant éclectiques ou combinent des traitements de différentes orientations. De même, les approches thérapeutiques sont différentes, les traitements sont appliqués sur des clientèles hétérogènes (en terme de pathologies, de sévérité, etc) et les traitements sont de durées variables. Par conséquent, la contribution de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité thérapeutique pour des traitements spécifiques demeure incertaine. Une littérature empirique substantielle atteste du rôle fondamental joué par l'alliance thérapeutique dans la thérapie psychodynamique (Luborsky & Auerbach, 1985), mais très peu d'études ont exploré la relation entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique dans les traitements cognitifs ou comportementaux.

Puisque nous sommes intéressés à la thérapie cognitivo-comportementale, regardons l'importance accordée à l'alliance thérapeutique dans la thérapie cognitivo-comportementale et soulignons quelques résultats qui suggèrent la valeur prédictive de l'alliance thérapeutique sur les résultats thérapeutiques dans d'autres approches thérapeutiques.

L'alliance thérapeutique et l'approche cognitivo-comportementale

Traditionnellement, les tenants de l'approche comportementale et de l'approche cognitive ont mis moins d'insistance sur la relation thérapeutique que les autres approches (p.ex., psychodynamique). Néanmoins, son importance a pris tranquillement de l'ampleur au cours des années.

Beck, Rush, Shaw et Emery (1979) insistent déjà sur l'importance pour le thérapeute de développer une empathie juste et une communication authentique, chaleureuse, respectueuse et de confiance. Plus précisément, dans l'approche cognitivo-comportementale, le thérapeute actif utilise des stratégies d'intervention pour promouvoir la modification de croyances et cultiver de nouvelles habiletés (Beck, 1976). Beck stipule qu'une compréhension empathique balancée par la sollicitation d'information rapportée par le client, permet au thérapeute de comprendre le processus cognitif logique du client et des conclusions qu'il porte de ses expériences et des patrons de pensées et émotions qu'il perpétue (Beck et coll., 1979). De même, les sessions structurées permettent de suivre le client et d'encourager les succès, ainsi que de promouvoir des attentes plus positives et préparer le client à un processus de changement graduel (Raue & Gaultfried, 1994).

Également dans l'approche cognitivo-comportementale, le thérapeute adopte un rôle de modèle pour le client (Goldfried & Davidson, 1976; Newman, 1998; Wilson & Evans, 1977). Puisque les gens apprennent par imitation, le thérapeute sert de modèle pour illustrer des comportements dits adaptés. Le modelage place ainsi le thérapeute dans un rôle de facilitateur, aidant de façon directe et vicariante, l'extinction de comportements non désirés (Newman, 1998).

La relation thérapeutique procure aussi par modelage un échantillon *in vivo* de comportements interpersonnels que le client peut utiliser dans la vie de tous les jours (Newman, 1998). Lorsque certains patrons de comportements émergent, le thérapeute peut servir de « renforcement social » qui modèle le changement en utilisant les différentes stratégies cognitives et des réponses de contingences et de non-contingences (Follette et coll., 1996; Goldfried & Davidson, 1976; Wilson & Evans, 1977). Ainsi, le client se retrouve dans une situation de confiance où il peut mettre en pratique ses nouvelles habiletés pour qu'elles deviennent une éventuelle généralisation graduelle dans son répertoire de comportements quotidiens.

Par ailleurs, les composantes *tâches* et *buts* de l'alliance thérapeutique définit selon Bordin (1979) sont potentiellement influencées par la méthode cognitivo-comportementale elle-même. En effet, il s'avère essentiel pour un thérapeute cognitivo-comportemental de s'entendre sur les buts et tâches tout au long du traitement puisque cela fait partie de l'approche en soi. Puisque la thérapie cognitivo-comportementale favorise une approche à court terme, il demeure essentiel de déterminer les objectifs thérapeutiques et les tâches à effectuer et ce, dès le début afin d'orienter les efforts communs de collaboration pour atteindre ceux-ci. Ainsi, dans la thérapie cognitivo-comportementale, il s'avère déterminant que le client applique les stratégies apprises à l'extérieur du contexte thérapeutique dans le but de favoriser une amélioration thérapeutique, une augmentation de la perception d'efficacité personnelle à gérer les situations et une meilleure généralisation des acquis. Conséquemment, une entente est implicitement établie entre les deux parties sur leur collaboration respective réaliste sur les buts à atteindre et les tâches à effectuer.

Les thérapeutes cognitivo-comportementaux se doivent aussi de cultiver une relation chaleureuse, empathique, non-jugeante, de collaboration avec leurs clients. Toutefois, contrairement aux thérapeutes de l'approche humaniste, la relation thérapeutique est considérée nécessaire, mais non suffisante (Newman, 1998). En effet, l'habileté de créer et de développer une relation thérapeutique empathique est un pré-requis pour l'implantation des interventions thérapeutiques. Beck et ses collègues (1979) font d'ailleurs une mise en garde contre l'application et l'utilisation des stratégies cognitives en l'absence d'une alliance thérapeutique qui inclut des aspects humains autant chez le client que chez le thérapeute. Ils suggèrent que le développement d'habiletés et la restructuration cognitive vont uniquement prendre place lorsqu'une dynamique interpersonnelle ou un environnement thérapeutique est présent (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). La qualité de la relation du client avec le thérapeute influence la probabilité d'une acceptation de la part du client que le thérapeute re-conceptualise ses comportements et augmente la probabilité d'un acquiescement des habiletés à développer et qu'il soit en accord avec les tâches à effectuer (Beck et coll., 1979; Horvath, 2000; Newman, 1998). Ainsi, les tenants de l'approche cognitivo-comportementale privilégient l'engagement du client dans une démarche active et collaborative afin de favoriser l'application des stratégies adaptées à la compréhension des mécanismes psychologiques impliqués dans le développement et le maintien des psychopathologies.

Selon Horvath (2000), les thérapeutes cognitivo-comportementaux considèrent la fonction de l'alliance relativement comme les prédécesseurs Freudiens l'ont fait: l'alliance n'est pas efficace en tant qu'agent thérapeutique lui-même. En fait, l'alliance crée un environnement de sécurité et de confiance, conditions qui sont nécessaires pour apprendre, implanter et pratiquer des stratégies qui sont ultimement responsables du changement thérapeutique. Donc, sans une

forte alliance, les clients ne se sentent pas en confiance pour s'engager complètement dans les tâches thérapeutiques qu'ils doivent effectuer (Lazarus, 1989).

Finalement, Raue et Goldfried (1994) résument la perspective cognitivo-comportementale sur l'alliance thérapeutique de la façon suivante: « l'alliance joue un rôle important dans le processus de changement, de la même façon que l'anesthésie est nécessaire pour la chirurgie » (p.135). Ainsi, un patient doit être bien anesthésié avant qu'une chirurgie puisse s'effectuer. Similairement, une forte alliance thérapeutique doit être établie pour que des techniques d'interventions puissent être introduites. Si à un moment au cours de la thérapie l'alliance se voit compromise, son rétablissement doit prendre la première place devant tout but thérapeutique avant que la thérapie puisse se poursuivre (Safran & Segal, 1990; Newman, 1998).

L'alliance thérapeutique comme variable prédictive dans la thérapie cognitivo-comportementale

Bien que peu d'études sont effectuées sur l'alliance et l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale, les résultats semblent mitigés, rapportant parfois que l'alliance constitue une variable prédictive des résultats thérapeutiques, alors qu'elle ne semble pas l'être dans d'autres cas.

Par exemple, Marmar, Gaston, Gallagher et Thompson (1989) évaluent l'alliance en tant que variable prédictrice des résultats thérapeutiques auprès d'un échantillon de personnes âgées dépressives recevant soit une thérapie comportementale (n=16), cognitive (n=17) ou une thérapie dynamique brève (n=21). L'alliance est mesurée à l'aide du CALPAS en début de traitement, par le client, le thérapeute et un observateur. Les résultats démontrent l'absence de différence significative entre les trois conditions: une bonne alliance se développe dans les trois conditions. Les résultats démontrent que seulement la version du client est corrélée à la réduction de la

dépression à la fin du traitement et ce, pour la condition thérapie cognitive seulement.

Également, les résultats démontrent que la valeur prédictive de l'alliance augmente en fonction de la progression de la thérapie, et ce, pour la condition cognitive et comportementale.

Castonguay et Goldfried (1992) mesurent la valeur prédictive de l'alliance auprès de clients dépressifs lors d'une thérapie cognitive. L'alliance est mesurée dans les sessions du début par un observateur à l'aide du WAI. Les résultats sont mesurés à l'aide du Beck Depression Inventory, le Hamilton Rating Scale of Depression (Hamilton, 1960) et le Global Assessment of Functioning Scale. Les résultats démontrent que l'alliance est le seul prédicteur de l'amélioration symptomatologique et du fonctionnement global à la mi-traitement, et constitue le meilleur prédicteur de l'amélioration post-traitement.

DeRubeis et Feeley (1990) aussi évaluent la valeur prédictive de l'alliance dans la thérapie cognitivo-comportementale chez des clients dépressifs. Ils observent que ce sont plutôt les changements thérapeutiques qui sont responsables d'une bonne alliance et non l'inverse. Ils soulèvent que jusqu'à la deuxième session de thérapie, ce sont les aspects techniques de la thérapie qui sont les plus influents sur le processus thérapeutique et que le succès thérapeutique crée un sentiment d'une forte relation entre le thérapeute et le client. Ainsi, les résultats suggèrent que l'alliance est plutôt prédite par les changements thérapeutiques. Quoique ces résultats questionnent la valeur temporelle de la prédiction de l'alliance, cette étude possède plusieurs limites (e.g., utilisation d'une mesure d'alliance développée dans un cadre psychodynamique, etc). Néanmoins, lors d'une tentative pour reproduire ces résultats, les auteurs ne réussissent pas à démontrer la valeur prédictive de l'alliance (Feeley, DeRubeis & Gelfund, 1999).

Safran et Wallner (1991) étudient la valeur prédictive de l'alliance selon deux mesures, le WAI et le CALPAS. Une variété de mesures pour évaluer les résultats thérapeutiques est administrée (p.ex., Beck Depression Inventory, le SCL-90, Millon Multiaxial Clinical Inventory) aux clients et des mesures de succès globaux sont complétées par les clients et les thérapeutes. Les résultats démontrent que les deux mesures, le WAI et le CALPAS, sont positivement associées aux mesures de succès global et que le CALPAS réussit à prédire les changements sur le Beck Depression Inventory et sur le Millon Multiaxial Clinical Inventory. Les auteurs proposent que l'alliance soit un meilleur prédicteur d'un succès global, plutôt que sur la diminution de symptômes spécifiques.

Castonguay, Goldfried, Marvin, Wiser, Raue et Hayes (1996) évaluent la valeur prédictive de deux variables: l'alliance thérapeutique et l'implication émotionnelle du client (« experiencing »). Les 30 clients dépressifs reçoivent une thérapie cognitivo-comportementale avec ou sans médication. Les résultats démontrent que les variables (e.g., alliance thérapeutique et l'implication émotionnelle du client) prédisent l'amélioration thérapeutique.

Pour leur part, Raue, Goldfried et Barkham (1997) comparent la qualité de l'alliance entre la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie psychodynamique/interpersonnelle. Les clients (N=57) ayant reçu un diagnostic pour dépression majeure reçoivent 16 sessions de thérapie de l'une des deux conditions (cognitivo-comportementale ou psychodynamique/interpersonnelle). Des observateurs codent l'alliance thérapeutique à l'aide du WAI. Les résultats démontrent des scores significativement plus élevés pour les sessions de thérapie cognitivo-comportementale.

D'autres chercheurs évaluent la valeur prédictive de l'alliance et de l'utilisation de techniques (exploration et support) sur les résultats thérapeutiques en comparant la thérapie

comportementale, la thérapie cognitive et la thérapie brève dynamique (Gaston, Thompson, Gallagher, Cournoyer & Gagnon, 1998). L'échantillon est constitué de 120 clients âgés souffrant de dépression. L'alliance est mesurée à l'aide du CALPAS et les techniques à l'aide du Inventory of Therapeutic Strategies. Quoique l'utilisation de stratégies possède seulement une valeur prédictive pour la condition de la thérapie cognitive et dynamique brève, les résultats montrent que l'alliance permet de prédire les résultats thérapeutiques pour les trois conditions (e.g., comportementale, cognitive et dynamique brève). En somme, les résultats de ces quelques études laissent croire à une relation entre l'alliance thérapeutique et l'efficacité thérapeutique. Toutefois, aucune de ces études n'ont comparé la valeur prédictive de l'alliance avec les prédicteurs classiques de la thérapie cognitivo-comportementale, tel que le changement de croyances et/ou de comportements. Rector, Zuroff et Segal (1999) examinent les interactions réciproques entre les changements de croyances et l'alliance thérapeutique dans la thérapie cognitive. Pour l'étude, 47 participants dépressifs reçoivent 20 sessions de thérapie cognitive. Les auteurs utilisent le WAI comme mesure de l'alliance thérapeutique et le Beck Depression Inventory (BDI) et le Dysfunctional Attitude Scale (DAS) comme mesures d'améliorations thérapeutiques. Ces questionnaires sont administrés au pré- et post-traitement. Pour tester l'hypothèse que l'alliance thérapeutique facilite l'implantation des stratégies cognitives et des changements subséquents au niveau des pensées dépressogènes, ils effectuent une analyse de régression entre les scores aux différentes dimensions (e.g., buts, tâches et relation thérapeutique) du WAI mis en relation avec les scores des changements résiduels au DAS. Pour vérifier l'interaction entre l'alliance thérapeutique et les changements de croyances sur les résultats thérapeutiques, une analyse de régression est effectuée entre les scores du BDI au pré-traitement, les scores de changement au DAS et les scores aux différentes dimensions du WAI. Les

résultats montrent que le degré auquel les participants sont en accord avec les buts et les tâches de la thérapie est prédictif des changements subséquents des pensées dépressogènes. De plus, les résultats montrent une interaction réciproque entre la relation thérapeutique de l'alliance et les changements cognitifs. En fait, les participants qui rapportent un meilleur score pour la composante relation thérapeutique de l'alliance et qui rapportent une plus grande réduction des pensées dépressogènes sont également ceux qui ont de meilleures améliorations thérapeutiques.

Très peu d'études portent sur la valeur prédictive de l'alliance dans la thérapie cognitivo-comportementale chez les troubles anxieux. Muran, Safran, Samstag, Gorman, Twining et Winston (1995) effectuent une étude sur la valeur prédictive des résultats thérapeutiques de cinq mesures: les croyances (cognitions), l'anxiété, la dépression, l'optimisme et l'alliance thérapeutique. Pour l'étude, 53 clients souffrant d'anxiété, de dépression ou des deux reçoivent une thérapie cognitive de 20 sessions. L'alliance thérapeutique est mesurée à l'aide du CALPAS. Les résultats montrent qu'un changement au niveau des cognitions et la qualité de l'alliance thérapeutique sont les variables les plus fortes pour la prédiction des résultats thérapeutiques.

Quant à Steketee et Shapiro (1995), ils effectuent une recension d'envergure sur les prédicteurs pronostics du traitement comportemental de l'agoraphobie et du trouble obsessionnel-compulsif. En tout, les résultats de plus d'une cinquantaine d'études sur les prédicteurs pronostics sont recensés. Les variables sont classées en quatre catégories générales: (a) les caractéristiques du client; (b) les facteurs familiaux et relationnels; (c) les expériences historiques; et (d) les aspects du traitement. Quelques études recensées portent particulièrement sur l'alliance. Les différents résultats rapportés brièvement montrent des résultats mitigés. Par exemple, dans une étude avec une population présentant un trouble panique ($n = 82$), Margraf et

coll. (1993) montrent qu'une bonne relation thérapeutique et des compétences élevées sont modérément associées à un succès thérapeutique immédiat, suite à une thérapie cognitivo-comportementale. Or, avec des agoraphobiques ($n = 31$), de Beurs (1993) montre aucune association entre la relation thérapeutique et l'efficacité thérapeutique. Les auteurs concluent que les différences observées peuvent être expliquées par l'utilisation de mesures d'alliance différentes.

Finalement, Keijsers, Hoogduin et Schaap (1994) évaluent les variables prédictrices des résultats thérapeutiques dans la thérapie cognitivo-comportementale pour le trouble panique avec ou sans agoraphobie. Suite à une thérapie cognitivo-comportementale de 12 sessions sur 60 clients, les résultats montrent que les prédicteurs les plus importants sont la sévérité des croyances dysfonctionnelles et l'agoraphobie, alors que l'alliance thérapeutique ne semble pas contribuer au succès thérapeutique. Une analyse tenant compte de l'interaction entre l'alliance et les croyances, comme Rector et coll. (1999) l'ont fait, aurait peut-être fait ressortir le fait qu'il y a une combinaison où l'alliance aide aux changements de croyances.

En résumé, bien que peu nombreuses, les études sur la thérapie cognitivo-comportementale montrent de façon générale des résultats mitigés, indiquant que l'alliance est une variable contribuant à la prédiction des améliorations thérapeutiques dans certaines recherches, alors que dans d'autres, elle ne s'avère à présenter aucun pouvoir prédictif. Ainsi, certaines disparités sont observées entre les résultats des études et peuvent s'expliquer en partie par l'utilisation de différentes mesures de l'alliance qui sont développées à l'intérieur de cadres théoriques différents ou encore, les résultats reposent sur des échantillons hétérogènes et/ou comparant des approches thérapeutiques différentes. Toutefois, les résultats suggèrent que dans l'approche cognitivo-comportementale, l'alliance demeure un ingrédient favorisant une

condition facilitatrice pour l'implantation subséquente de stratégies cognitives et comportementales pour la thérapie. En ce sens, ces résultats montrent que l'alliance est une condition nécessaire pour la thérapie, mais non suffisante. Seule une étude ne supporte pas cette conclusion. Lorsque l'alliance semble bien établie, d'autres variables acquièrent plus d'importance, du moins pour la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux en face-à-face.

CHAPITRE TROIS

ÉTUDE PROPOSÉE

Justification de l'étude et de la sélection des variables

Le Canada, tout comme plusieurs autres pays, présente une particularité géographique rendant l'accessibilité aux professionnels de la santé très difficile. Plusieurs conséquences en découlent, notamment l'impossibilité de recevoir des diagnostics appropriés et par conséquent, l'incapacité à recevoir des traitements adéquats (Bouchard et coll., 2004; Jennett et coll., 2005). L'avancement de la technologie a permis de contribuer au développement de méthodes pouvant potentiellement remédier à ces problèmes ou du moins, améliorer l'accessibilité aux services en soins de santé, et ce, incluant les services psychologiques (Schmidt, 2003). Parmi ces nouvelles technologies, la vidéoconférence s'avère à être la plus prometteuse (Krupinski et coll., 2002; Vanderbos & Williams, 2000), de par sa capacité à transmettre les messages verbaux et non-verbaux. Quelques résultats d'études montrent des taux d'acceptabilité et de satisfaction très élevés (Blackmon et coll., 1997; Doze et coll., 1999; Urness, 1999) et laissent croire à son efficacité et à la capacité de développer une alliance thérapeutique (Benschoter et coll., 1965; Bouchard et coll., 2004; Deitsch et coll., 2000; Dwyer, 1973; Kaplan, 1997; Mielonen et coll., 1998; Manchanda & McLaren, 1998; Simpson, 2001; Wittson & Benschoter, 1972; Wittson et coll., 1961). Néanmoins, les partisans de la télémédecine soulignent fortement l'importance que son utilité soit supportée empiriquement par des études démontrant son efficacité (Frueh et coll., 2004; Grigsby et coll., 1995; Perednia, 1995; Williams et coll., 2001). En psychologie, plusieurs inquiétudes sont manifestées en regard à la capacité d'établir une bonne relation thérapeutique par l'intermédiaire de la vidéoconférence, la composante de « relation thérapeutique » de

l'alliance thérapeutique risquant d'être affectée par la vidéoconférence comparativement en face-à-face (May et coll., 2001; Simpson et coll., 2005).

Dans le débat continu à propos de l'importance relative des modalités et stratégies spécifiques versus les facteurs communs du succès thérapeutique dans toutes les psychothérapies, l'alliance thérapeutique est décrite comme étant l'élément commun le plus prometteur pour des recherches futures (Bordin, 1976) et comme la variable intégrative quintessentielle (Wolfe & Goldfried, 1988), dans le sens où elle influencerait l'efficacité thérapeutique à travers une variété de psychothérapies, en dépit des différences thérapeutiques ou stratégies. Néanmoins, il demeure important de nuancer les résultats empiriques rapportés. Les écrits théoriques et empiriques suggèrent que le développement d'une bonne alliance avec le client inclut non seulement une disposition positive et empathique du thérapeute, mais doit aussi offrir un encadrement de collaboration, de partenariat, à l'intérieur duquel le client se voit comme actif et respecté. En fait, l'alliance thérapeutique, tel que définit par Bordin (1979) favorise une atmosphère pour implanter des stratégies thérapeutiques et conséquemment, contribue au succès thérapeutique. Bien que les résultats des méta-analyses (Horvath & Symonds, 1991; Martin et coll., 2000) suggèrent que l'alliance thérapeutique est un prédicteur robuste de l'efficacité thérapeutique, il reste que les traitements reposent sur des approches de nature éclectique (avec une majorité d'études adoptant l'approche psychodynamique et très peu d'études sur l'approche cognitive-comportementale) ou portent sur des échantillons très hétérogènes, limitant ainsi les effets réels des facteurs spécifiques aux différentes formes de psychothérapies. Plus spécifiquement dans l'approche cognitivo-comportementale, l'alliance thérapeutique représente une condition facilitatrice à l'implantation des stratégies d'intervention propres à l'approche. Ainsi, l'alliance est considérée comme un ingrédient essentiel dans

l'efficacité thérapeutique, mais non suffisant. Or, les études ayant tenté de déterminer la valeur prédictive de l'alliance thérapeutique ont généré des résultats mitigés ou simplement inconsistants. Néanmoins, la nature séquentielle (alliance versus stratégies) illustre tout de même son rôle dans le processus thérapeutique. De même, les tenants de toutes les approches théoriques la considèrent même comme essentielle, puisqu'elle semble faciliter l'implantation des stratégies thérapeutiques.

La vidéoconférence semble être un moyen très prometteur pouvant augmenter l'accessibilité aux services psychologiques. Comme son utilisation est de plus en plus fréquente et qu'il semble relativement bien établie dans l'approche cognitivo-comportementale que l'alliance thérapeutique est une condition facilitatrice à l'implantation subséquente des stratégies d'intervention thérapeutique, il s'avère essentiel de déterminer si la vidéoconférence permet de développer une alliance thérapeutique de qualité comparable en face-à-face. Également, il est primordial de déterminer si l'utilisation de la vidéoconférence permet d'offrir efficacement la thérapie afin de pouvoir valider cette méthode. Les résultats de l'étude de Bouchard et coll. (2004) révèlent que l'alliance thérapeutique peut se développer en vidéoconférence. Or, cette étude présente plusieurs limites, notamment la grandeur de l'échantillon (N=21), ainsi qu'aucune mesure de l'alliance prise par le groupe en face-à-face. Également, un seul questionnaire est utilisé pour mesurer l'alliance thérapeutique et ce dernier est envoyé au thérapeute par la poste. Ainsi, on pourrait peut-être croire à un effet de désirabilité sociale. Le fait d'avoir un seul questionnaire comme tel n'est pas une limite. Or, en tenant compte de l'influence respective de la méthode cognitivo-comportementale sur l'alliance thérapeutique comme telle (p.ex., accord commun sur les buts et tâches de la méthode cognitivo-comportementale), il est possible de croire que la qualité de la relation thérapeutique est déjà influencée par la méthode elle-même et

il serait intéressant de mesurer l'alliance thérapeutique avec deux mesures. Une étude remédiant à ces faiblesses méthodologiques est donc nécessaire.

Puisque les études en vidéoconférence demeurent encore à l'étape de la validation de son efficacité, il est important d'effectuer des études sur un trouble spécifique. Le trouble panique avec agoraphobie figure parmi les troubles anxieux pour lequel l'accessibilité aux services spécialisés est difficile. Comme il s'avère être le seul trouble à avoir été testé en vidéoconférence, il est impératif d'approfondir nos connaissances sur cette problématique. Ainsi, le TPA semble être un problème de santé mentale particulièrement indiqué pour ce genre d'étude, tant par sa présentation clinique, les disparités d'accessibilité aux services spécialisés, que par l'existence d'un traitement psychologique efficace, soit la thérapie cognitivo-comportementale, qui se trouve à être la seule forme dont l'efficacité est largement démontrée empiriquement (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Galassi, Quercioli, Charismas, Niccolai & Barciulli, 2007; Oei, Llamas, Devilly, 1999; Santé Canada, 1996). Finalement, puisque notre équipe se spécialise sur l'efficacité des traitements pour le TPA, l'accessibilité de cette clientèle pour l'étude est facilitée.

En résumé, la présente étude prévoit évaluer : (1) la capacité de développer une bonne alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face dans l'approche cognitivo-comportementale du trouble panique avec agoraphobie; (2) l'efficacité thérapeutique dans les deux conditions; (3) déterminer le pouvoir prédictif de l'alliance thérapeutique sur l'efficacité thérapeutique.

Question de recherche et hypothèses de la présente thèse

Questions de recherche

1. Est-ce que la composante *relation thérapeutique* est affectée par la condition vidéoconférence?
2. Est-ce qu'il existe des différences aux composantes *tâches* et *buts* entre les conditions vidéoconférence et face-à-face?
3. Est-ce qu'une alliance thérapeutique se développe dans les deux conditions, soit la condition vidéoconférence et la condition face-à-face?
4. Est-ce que l'alliance thérapeutique présente une valeur prédictive des résultats thérapeutiques?
5. Est-ce que la thérapie semble aussi efficace lorsqu'elle est administrée par vidéoconférence comparativement en face-à-face?

Bien que les résultats d'études semblent suggérer que l'alliance thérapeutique se développe par vidéoconférence, nous avons décidé sciemment de prendre une position conservatrice et d'assumer qu'il y aurait une différence significative entre les deux conditions.

Hypothèses

Nous proposons les hypothèses suivantes:

Hypothèse 1

Les scores à la sous-échelle *relation thérapeutique* à l'IAT à la cinquième rencontre seront significativement moins élevés dans la condition vidéoconférence comparativement à la thérapie en face-à-face.

Hypothèse 2

Les scores à la sous-échelle relation thérapeutique (e.g., engagement du client) à l'ÉATC à la cinquième rencontre seront significativement moins élevés dans la condition vidéoconférence comparativement à la thérapie en face-à-face.

Hypothèse 3

La thérapie telle que mesurée par l'échelle de panique et d'agoraphobie de Bandelow sera significativement moins efficace dans la condition vidéoconférence comparativement à la thérapie en face-à-face.

Hypothèse 4

Les scores totaux de l'alliance thérapeutique tel que mesurés par l'IAT après 5 rencontres permettent de prédire les résultats thérapeutiques (scores résiduels de changement à l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow au post-traitement). Cette hypothèse est testée indépendamment de la condition de traitement.

Hypothèse 5

L'alliance thérapeutique telle que mesurée par l'IAT après 5 rencontres a un pouvoir prédictif des résultats thérapeutiques (sur l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie) lorsque l'impact des changements de croyances au QCA est inclus dans l'équation de la régression. Cette hypothèse est testée indépendamment de la condition de traitement. Nous nous sommes intéressés aux changements de croyances puisque c'est le prédicteur le plus connu.

MÉTHODE

La présente thèse est un devis quasi-expérimental puisque les participants sont sélectionnés dans des régions différentes et qu'ils ne sont pas assignés aléatoirement dans les conditions. En fait, les participants de la région de Gatineau sont assignés dans la condition face-à-face et les participants de la région de Montréal et de Maniwaki sont assignés dans la condition vidéoconférence.

Participants

L'échantillon se compose de 45 participants, soit 23 en vidéoconférence (VC) et (22 en face-à-face (FF). L'échantillon se compose d'hommes et de femmes, âgés entre 18 et 65 ans. À la suite de publicités et de références médicales, 164 personnes sont pré-sélectionnées par une entrevue téléphonique. Cette entrevue présente un survol des différents symptômes du TPA. De ce nombre, 103 (VC=59; F-à-F=44) sont invitées à participer à l'évaluation diagnostique, les autres ayant été exclues puisqu'elles ne correspondaient pas aux critères de pré-sélection. Au cours de l'évaluation diagnostique, 31 participants de la condition vidéoconférence et 17 participants de la condition face-à-face sont exclus en raison d'un diagnostic principal autre que le TPA.

Les critères d'exclusion suivants impliquent le rejet du participant à l'étude: a) un diagnostic principal autre que le trouble panique; b) un diagnostic secondaire de schizophrénie, troubles organiques cérébraux, trouble sévère de la personnalité, retard intellectuel, abus ou dépendance de substance; c) la présence d'une condition physique contre-indiquant la participation à l'étude (p.ex., troubles visuels, épilepsie); ou d) durée du trouble panique inférieure à six mois. De plus, les participants consommant une médication anxiolytique doivent encore être symptomatiques et la consommation doit durer depuis suffisamment longtemps pour

s'assurer de l'inefficacité de leur posologie; sinon, il y a exclusion des participants à cette étape de sélection. L'opérationnalisation de ce critère se fait de la façon suivante: a) utiliser des benzodiazépines depuis plus de trois mois, et/ou des antidépresseurs depuis plus de six mois; et b) rencontrer les critères diagnostiques du TPA selon le DSM-IV. Finalement, les participants ne doivent pas entreprendre de traitement (pharmacologique ou psychologique) autre que celui offert par et durant l'étude et ne doivent pas avoir suivi dans le passé une thérapie de type cognitivo-comportemental. S'ils refusent ou ne respectent pas cette consigne, ils se voient exclus de l'étude afin d'éviter l'impact de variables exogènes.

Pour la condition face-à-face, un total de 27 participants sont invités à participer à l'étude. Au cours de l'étude, il y a 5 abandons (2 pour des raisons médicales; 2 pour un déménagement; et un dont nous n'avons pas réussi à connaître les motifs). Pour la condition vidéoconférence, un total de 28 participants débutent l'étude. Parmi ce nombre, 5 abandonnent le traitement (3 parce qu'ils considéraient s'être améliorés; 1 pour des raisons légales sécuritaires; 1 pour lequel nous n'avons pas réussi à connaître les motifs). En face-à-face, les abandons ont lieu suite à la première rencontre. En vidéoconférence, trois abandons ont lieu suite à la rencontre 1, alors que deux abandons ont lieu suite à la rencontre 5. Ainsi, les analyses de la présente thèse porte sur un échantillon composé de 5 hommes et 18 femmes pour la condition vidéoconférence et de 7 hommes et 15 femmes pour la condition face-à-face (N total = 45).

Traitement

Le traitement consiste en une psychothérapie cognitivo-comportementale. La thérapie cognitivo-comportementale est tout à fait indiquée pour cette étude et constitue un choix de première ligne pour diverses raisons. Notamment, la thérapie cognitivo-comportementale est un traitement validé empiriquement pour le trouble panique avec agoraphobie. Deuxièmement, la

thérapie cognitivo-comportementale est une thérapie de courte durée. Finalement, la structure (e.g, communication empathique, relation de collaboration à travers l'établissement des buts, les exercices à effectuer, etc) de la thérapie cognitivo-comportementale se juxtapose bien avec la définition du concept de l'alliance de Bordin (1979). Le traitement, d'une durée de 12 semaines, se déroule selon un protocole de traitement standardisé grâce à un manuel guidant le thérapeute. L'application de ce traitement se fait de façon standard et similaire à ce qui s'est fait dans les études précédentes dans notre équipe et ailleurs dans le monde (Nathan & Gorman, 1998), maximisant ainsi la reproductibilité des résultats et l'homogénéisation des interventions (Bouchard & Cyr, 1998).

La première composante, la restructuration cognitive, a pour principal objectif la substitution des pensées catastrophiques associées aux sensations physiques en pensées alternatives adaptées à la situation. Ainsi, cette première partie vise à enseigner au participant à identifier et modifier ses pensées dysfonctionnelles ou erronées reliées à ses sensations physiques; elle repose essentiellement sur les techniques décrites pour l'anxiété et le trouble panique par Beck (Beck & Emery, 1985), Clark (Clark & Salkovskis, 1987) et Barlow et Cerny (1988). La deuxième composante principale, de nature comportementale, repose sur l'utilisation des stratégies d'exposition aux stimuli internes et externes, visant ainsi l'exposition aux stimuli anxiogènes afin d'amener une meilleure gestion de l'anxiété générée en présence de ceux-ci. Les principales techniques d'évocation des stimuli internes sont: la lecture de mots évocateurs, l'exposition en imagination, l'hyperventilation contrôlée (90 secondes maximum), les exercices physiques, l'observation d'images induisant des étourdissements, etc. Parmi les divers exercices d'exposition externe, chaque participant doit effectuer un ordre hiérarchique des situations anxiogènes et s'y exposer de façon graduelle. Plus précisément, l'exposition aux stimuli

anxiogènes (situations) permet une diminution des comportements d'évitement agoraphobique pour ainsi réduire le niveau d'anxiété face à ces situations. Ces stratégies d'intervention s'inspirent de celles décrites pour le trouble panique et l'agoraphobie par Wolpe (1990), ainsi que la composante comportementale décrite par Barlow et Cerny (1988) et Clark et Salkovskis (1987). Une copie du manuel de traitement utilisé est en annexe A.

Les rencontres de thérapie sont individuelles et se déroulent hebdomadairement pour une durée de 60 minutes chacune.

Thérapeute

Trois thérapeutes effectuent les thérapies pour la condition face-à-face et pour la condition vidéoconférence afin de contrôler l'impact des variables associées aux caractéristiques des thérapeutes. La première thérapeute, une candidate de niveau Ph.D. (M.A.), possède de l'expérience en TCC des troubles anxieux, spécifiquement du trouble panique. La thérapeute est expérimentée davantage en face-à-face bien qu'elle ait déjà fait de la thérapie en vidéoconférence. Le deuxième thérapeute (S.L.) est un expert de la thérapie cognitivo-comportementale en troubles anxieux en face-à-face. La troisième thérapeute (M.B.) est une candidate au D.Ps. ayant de l'expérience en thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux en face-à-face. Les participants sont assignés au hasard aux différents thérapeutes.

Une supervision continue est faite avec le directeur de l'étude (S.B.) afin de s'assurer d'un suivi adéquat et de l'application standardisée et uniforme du traitement.

Intégrité du traitement

Selon Moncher et Prinz (1991), la fidélité du traitement réfère à l'intégrité de l'application du traitement et la différenciation entre les conditions. Afin de s'assurer de la

fidélité et de l'intégrité du traitement, toutes les rencontres de thérapie sont enregistrées et un nombre de douze enregistrements audiovisuels sont sélectionnés au total pour les deux sites et évalués par une seule experte naïve aux conditions expérimentales dans le but de déterminer si la thérapie effectuée respecte le protocole et se déroule de façon optimale dans les deux conditions expérimentales. Une fois l'étude complétée, la même experte évalue les enregistrements pour les deux conditions. Elle a de l'expérience en TCC des troubles anxieux en face-à-face. Les enregistrements sont volontairement choisis afin de s'assurer que les différentes étapes du traitement (rencontre 1 à 12) sont évaluées. Ces enregistrements sont évalués à l'aide d'une adaptation du questionnaire Competency Checklist for Cognitive Therapists (Beck et coll., 1979) et du questionnaire Cognitive Therapy : Checklist of Therapist Competency (Clark & Salkovskis, 1987). Une copie est en annexe B. Une analyse ne révèle aucune différence significative entre les deux groupes ($t(1,10) = 1.161$, ns) au score total et pour chaque item. Ce questionnaire permet de mesurer les comportements du thérapeute et les différentes stratégies cognitives et comportementales du traitement. Cela permet de confirmer que le traitement offert correspond bien à celui escompté par les chercheurs (Bouchard & Cyr, 1998). Il est à noter que cet instrument ne possède pas de propriétés psychométriques connues.

Matériel

Les rencontres de vidéoconférence se déroulent dans un bureau propice à la psychothérapie (isolation, éclairage, confort, etc.). Pour les thérapeutes, les bureaux sont situés à la clinique des troubles anxieux du Centre hospitalier Pierre-Janet de Gatineau. Alors que pour les participants, les bureaux sont situés dans les locaux du Centre hospitalier L.-H.-Lafontaine et au Centre hospitalier de Maniwaki. Les rencontres se déroulent à l'aide de systèmes *Vision 2000* et *Vision 5000* de la compagnie Tandberg reliés entre eux par le réseau RTSS à 384 kbits/s.



Les rencontres en face-à-face se déroulent dans les locaux de psychothérapie de la clinique des troubles anxieux volet-recherche du Centre hospitalier Pierre-Janet de Gatineau.

Instruments de mesure

Entrevue clinique structurée

L'entrevue de pré-sélection téléphonique est faite à l'aide d'un questionnaire qui fait un survol des différents symptômes du TPA. Une copie est en annexe C.

Le diagnostic est établi à l'aide d'une entrevue clinique structurée (SCID :First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997). Cet instrument de mesure est connu comme étant fidèle pour déterminer avec fidélité la présence de diagnostics tels qu'établie par le DSM-IV. Bien qu'il n'y ait pas eu de calculs sur l'accord inter-juge dans la présente étude, il est démontré que cet instrument diagnostique est fidèle dans notre clinique (kappa de 0.86 entre deux juges) (Bouchard, Gauthier, Laberge, French, Pelletier, & Godbout, 1996; Bouchard et coll., 2004).

Mesures de l'alliance thérapeutique

La mesure principale de l'alliance thérapeutique pour l'étude est l'Inventaire de l'Alliance Thérapeutique (IAT, Horvath & Greenberg, 1989). Comme mesure secondaire, l'alliance thérapeutique est évaluée à l'aide de l'Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie (Marmar, Gaston, Gallagher, & Thompson, 1989).

L'Inventaire de l'Alliance Thérapeutique est un questionnaire auto-administré. Cet instrument contient 36 items qui mesurent les trois composantes de l'alliance thérapeutique entre le client et le thérapeute, tel que définit par Bordin (1979), et ce, à l'aide de sous-échelles de type likert, allant de un (1) (pas vrai du tout) à sept (7) (entièrement vrai), le score maximum étant de 252. Les aspects mesurés sont: (1) les *tâches*, où le client et le thérapeute s'entendent sur ce qui doit être fait en thérapie; et (2) la *relation thérapeutique*, qui se réfère à l'attachement mutuel entre le client et le thérapeute qui inclut la confiance et l'acceptation; (3) les *buts*, où le thérapeute et client s'entendent mutuellement sur les résultats anticipés par le traitement.

Ce questionnaire possède d'excellentes propriétés psychométriques pour la version française. L'IAT (version client) possède une consistance interne de .88, de .77, .64 et de .67 (alpha de Cronbach) pour le score total, la sous-échelle *relation thérapeutique*, et la sous-échelle *Tâches* et *Buts* respectivement. En ce qui a trait à la version anglaise, il possède une fidélité de

.90 pour la sous-échelle « tâches », .92 pour la sous-échelle « relation thérapeutique » et un alpha de .90 pour la sous-échelle « buts » (Horvath & Greenberg, 1989). Le score total possède une consistance interne de .98 (alpha de Cronbach). La version française est utilisée pour la thèse et comme la structure factorielle de la version brève est supérieure (Tracey & Kokotovic, 1989), seulement quatre des 36 items sont utilisés pour calculer la sous-échelle *relation thérapeutique*, quatre items servent à calculer la sous-échelle *tâches*, et également quatre items permettent de calculer la sous-échelle *buts*. En ce qui a trait au score total, nous effectuons des analyses avec la version brève et les résultats sont les mêmes que ceux obtenus avec la version longue.

L'IAT possède deux versions, l'une pour le client et l'autre pour le thérapeute, permettant ainsi de regarder la perspective des deux parties. Puisque la perspective du client à propos de l'alliance possède le plus grand pouvoir prédictif (Orlinsky et coll., 1994), seulement la version client est utilisée dans cette thèse. Une copie est en annexe D.

La version française du CALPAS, soit L'Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie (ÉATC) est traduite à l'aide d'une méthode de traduction de type comité (Brislin, Lonner, & Thorndike, 1973). L'ÉATC est un questionnaire auto-rapporté permettant de mesurer les quatre dimensions suivantes de l'alliance: (a) engagement du client, qui reflète la relation thérapeutique; (b) la capacité du client à travailler en thérapie, qui reflète la collaboration thérapeutique; (c) la compréhension empathique du thérapeute et son implication, qui reflète la contribution du thérapeute à l'alliance; (d) consensus sur les stratégies de collaboration et de travail, qui reflète l'accord sur les buts et les tâches en thérapie. Le questionnaire contient 24 items utilisant une échelle de type Likert allant de un (1) (pas du tout) à sept (7) (beaucoup), le score maximum étant de 168. L'ÉATC possède une version client (ÉATC-C), une version

thérapeute (ÉATC-T) et une version observatrice (ÉATC-O). Pour la thèse, uniquement la version client a été administrée.

Le ÉATC possède de bonnes propriétés psychométriques. Gaston (1991) démontre que l'échelle possède un degré de consistance interne acceptable variant de .43 à .73 pour les sous-échelles et atteignent .83 pour l'échelle globale, alors que Cournoyer, Ouellet et Sabourin (1991) trouvent des coefficients alpha variant entre .68 et .75. Quelques sous-échelles de l'ÉATC sont modérément reliées à la symptomatologie et aux problèmes d'intimité, alors que toutes les sous-échelles de l'ÉATC sont modérément ou fortement associées au degré de satisfaction du client (Gaston, 1991). Les études sur la fidélité du ÉATC-C indiquent des coefficients pour les quatre échelles variant entre .43 à .73 (Gaston, 1991) et pour la version ÉATC-O des coefficients allant de .95 à .97 (Gaston et coll., 1994). Une copie est en annexe E.

Également, nous développons un questionnaire mesurant les différents comportements pouvant potentiellement influencer la création d'une bonne alliance thérapeutique. Cet outil exploratoire vise à documenter l'état d'un large éventail de facteurs pouvant influencer le développement d'une bonne alliance thérapeutique. Il permet de porter un regard plus détaillé sur les comportements des thérapeutes si les comparaisons entre les deux conditions s'avèrent non significatives. Pour ce faire, nous nous sommes basés sur des items d'alliance déjà existants (p.ex., IAT, ÉATC), ainsi que sur de nombreuses lectures pour développer un questionnaire mesurant les comportements d'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face. Une version client et une version thérapeute à 21 items chacune ont été développées et administrées après la rencontre 5 et 12. Une copie est en annexe F.

Mesures des progrès thérapeutiques

Le questionnaire suivant vise à évaluer l'amélioration thérapeutique des participants: l'Échelle de panique et d'Agoraphobie (Bandelow, 1993, 1995). L'Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow (1993, 1995) permet de mesurer la sévérité du trouble panique avec agoraphobie. L'échelle contient 13 items (allant entre 0-4 points) et elle mesure cinq composantes: (1) les attaques de panique; (2) évitement phobique; (3) anxiété d'anticipation; (4) incapacité dans les relations familiales et de travail; et (5) inquiétudes à propos de la santé. Le questionnaire, de type auto-rapporté contient une version pour le client et une version pour le thérapeute. Pour les besoins de la présente thèse, uniquement la version client est administrée puisqu'elle est plus fiable.

L'Échelle de Panique et d'Agoraphobie est traduite et validée dans plusieurs langues, notamment le français (Bandelow, 1995) et possède de bonnes qualités psychométriques. La fidélité inter-juge comme une mesure objective est de 0.78 ($p < 0.05$). La fidélité test-retest est de 0.73. Cette échelle possède également une bonne consistance interne, avec des coefficients de Cronbach de 0.89 pour la version observateur/thérapeute et de 0.88 pour la version client (Bandelow, 1995). Les études montrent des coefficients de corrélations avec d'autres échelles d'anxiété variant entre .50 et .70 (Bandelow, Hajak, Holzrichter, Kunert, & Rüther, 1995). Une copie est en annexe G.

Mesure expliquant le mécanisme

Afin d'évaluer les cognitions de la personne au niveau de l'appréhension anxieuse reliée aux attaques de panique et aux sensations physiologiques, le Questionnaire sur les Cognitions Agoraphobiques (QCA) est utilisé. Ce questionnaire auto-rapporté comporte 14 items portant sur les pensées catastrophiques associées à des conséquences physiques du trouble panique (p. ex., la peur de mourir) ou des conséquences comportementales et/ou sociales comme la peur de perdre le contrôle (Bolduc & Turgeon, 1994; Chambless, 1988). Il contient une échelle allant de un (1) (j'y pense jamais) à cinq (5) (j'y pense toujours) et permet d'évaluer la fréquence d'apparition de chaque pensée de peur identifiée lors d'une attaque de panique (Chambless, 1988). Selon Chambless (1988), ce questionnaire a une fidélité test-retest de 0.86 pour un intervalle de six jours et de 0.75 pour un intervalle de 30 jours. Le QCA possède également une très bonne consistance interne (0.80). Au niveau de la validité, le QCA obtient une bonne corrélation avec d'autres mesures de psychopathologies avec lesquelles il est théoriquement associé (p.ex., dépression, évitement, fréquence d'attaques de panique) et il s'avère sensible au changement clinique (Bolduc & Turgeon, 1988). Finalement, il permet de discriminer les agoraphobes de sujets normaux et le regroupement des cognitions associées à des conséquences physiques permet de distinguer les patients ayant un trouble panique de ceux manifestant un autre trouble d'anxiété (Chambless & Graceley, 1989). Une copie est en annexe H.

Procédure

Les participants sont recrutés à la clinique des troubles anxieux volet recherche du Centre hospitalier Pierre-Janet de Gatineau, au Centre hospitalier L.-H.-Lafontaine de Montréal et au Centre hospitalier de Maniwaki.

Les participants pressentis participent à une entrevue diagnostique semi structurée (SCID) dans le but d'établir avec confiance la présence d'un trouble panique avec agoraphobie et des autres troubles comorbides tel que définis par le DSM-IV (APA, 1994). L'entrevue s'effectue *in vivo* (face-à-face) par un psychiatre ou un professionnel de la santé mentale supervisé par un psychiatre. L'établissement du diagnostic principal et des diagnostics comorbides est basé sur la clarté et la séquence du diagnostic. S'il y a présence d'ambiguïté par rapport à la clarté et/ou la séquence du diagnostic, un consensus est établi entre les deux parties.

Les participants qui répondent aux critères de sélection sont donc invités à participer à une étude portant sur l'efficacité de la psychothérapie par vidéoconférence. Les participants de la région de Gatineau qui acceptent de participer à l'étude sont assignés à la condition face-à-face, alors que les participants sélectionnés dans les régions éloignées (Montréal ou Maniwaki) sont assignés dans la condition vidéoconférence.

Pour la condition face-à-face, les participants (n=22) sont recrutés à Gatineau, à la clinique des troubles anxieux du Centre hospitalier Pierre-Janet de Gatineau. Pour la condition vidéoconférence, les participants (n=23) sont recrutés dans les régions de Montréal et Maniwaki.

Chaque participant est rencontré de façon individuelle en face-à-face, afin de compléter le formulaire de consentement (voir annexe I) et les questionnaires, soit le QCA et l'échelle de panique et d'agoraphobie. La thérapie débute pour une période de 12 semaines. L'alliance thérapeutique est également mesurée au pré-traitement, après la rencontre 5 et au post-traitement

afin de mieux documenter l'établissement de l'alliance. De même, après la rencontre 5 et au post traitement, les participants et les thérapeutes complètent le questionnaire sur les comportements d'alliance thérapeutique. Nous avons choisi la cinquième rencontre puisqu'il est suggéré que l'alliance est bien établie à cette étape du processus thérapeutique, tout en n'étant pas teintée par l'efficacité du traitement (Horvath, 2000; Horvath & Greenberg, 1989). À la fin de la thérapie, les participants complètent à nouveau les questionnaires suivants : le QCA et l'échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow. Les questionnaires de mesures d'efficacité et de mécanisme complétés dans les sites de vidéoconférence sont aussitôt envoyés par télécopieur à la clinique des troubles anxieux de Gatineau. Par contre, les questionnaires d'alliance thérapeutique sont complétés sur chaque site respectif et retournés à l'Ordre des Psychologues du Québec de façon à réduire la désirabilité sociale. Ainsi, il est indiqué aux participants que les réponses à leur questionnaire sont confidentielles et que pour s'assurer de cette confidentialité, les questionnaires sont envoyés à l'Ordre des Psychologues du Québec. Il est mentionné aux participants qu'une fois l'étude terminée, les questionnaires nous seront retournés.

Relance

Une relance est effectuée afin de mesurer si les gains thérapeutiques sont maintenus. Pour ce faire, l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie est envoyée par la poste, douze mois après la fin du traitement. Bien que le but de la thèse ne soit pas de démontrer l'efficacité thérapeutique, nous notons un taux de réponse de 55.9%.

Analyses statistiques

Les approches statistiques choisies pour la présente étude sont les ANOVAs à mesures répétées et la régression. Pour tester les hypothèses 1, 2 et 3, des ANOVAs à mesures répétées sont choisies. Des régressions multiples sont choisies pour tester les hypothèses 4 et 5. Cette approche statistique implique d'inclure dans l'équation de régression les résultats du pré-traitement pour prédire ceux du post-traitement (régression ajustée ou score résiduel) afin de documenter les changements de la variable prédite et la contribution de la variable prédictive dans ces changements (Cohen & Cohen, 1983). Selon Cohen & Cohen (1983), la régression avec des scores résiduels a l'avantage de ne pas être corrélée au score du pré-traitement. Ainsi, les scores au pré-traitement et au post-traitement à l'échelle de Bandelow sont entrés dans un premier temps ainsi que le score d'alliance à la rencontre 5 pour cerner l'impact relatif de l'alliance et des changements de croyances (hypothèse 5). Les scores au pré-traitement et au post-traitement au QCA (score résiduel) sont aussi inclus dans la régression multiple.

Des analyses sont effectuées pour confirmer que les ANOVAs à mesures répétées et les régressions rencontrent les postulats de base. Un examen exhaustif des données brutes révèle que certaines variables ne sont pas distribuées normalement. Les résultats montrent des valeurs de Skewness variant entre -3.07 à 1.175 et des valeurs de Kurtosis variant entre 12.841 à -2.093 . Par conséquent, des analyses non-paramétriques sont effectuées et ne révèlent aucune différence avec les résultats des ANOVAs à mesures répétées. Puisque qu'aucune différence n'est trouvée et pour les besoins de la thèse, nous présenterons uniquement les résultats des ANOVAs à mesures répétées. Aucun problème de multicollinéarité n'est trouvé puisque les analyses montrent que tous les indices de tolérance sont aux environs de $.10$ et que tous les indices de VIF sont en-dessous de 10 . Un examen visuel des scatterplots des résidus a permis de confirmer la

linéarité et l'homoscedasticité (Tabachnick & Fidell, 2001). Les indices pour la distance de Mahalanobis et la distance de Cook sont adéquats et en-dessous de 1. Une donnée extrême est trouvée, mais nous avons décidé de la garder dans l'échantillon pour ne pas perdre de puissance statistique. Ce participant était plus affublé au pré-traitement que le reste de l'échantillon, ce qui peut expliquer les résultats extrêmes retrouvés dans les données. Certaines analyses sont effectuées avec des données manquantes (1-2) en raison d'un problème de photocopie de certains questionnaires. Puisque les données manquantes sont de moins de 5%, nous les conservons pour les analyses. Un test de fidélité sur les 21 variables du questionnaire sur des comportements d'alliance thérapeutique révèle une consistance interne de .98, ce qui est excellent.

Des analyses non-paramétriques sont effectuées sur les participants qui abandonnent le traitement et ceux qui terminent le traitement afin de déterminer si des différences existantes peuvent expliquer l'abandon. Ces analyses sont effectuées sur les résultats de plusieurs variables, soient l'échelle de panique et d'agoraphobie, l'âge, ainsi que sur l'Inventaire d'Alliance Thérapeutique (aux trois sous-échelles et sur le score total) à la rencontre 1. Les résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux (ceux qui ont abandonné et ceux qui ont terminé le traitement). Or, les résultats montrent que les scores à la sous-échelle *Tâches* sont plus faibles pour les participants qui ont abandonné en face-à-face, alors qu'on ne remarque pas cette différence pour la condition vidéoconférence. Des analyses sont aussi effectuées sur les différences possibles entre la qualité de l'alliance thérapeutique et les résultats thérapeutiques en fonction du thérapeute. Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les trois thérapeutes et la qualité de l'alliance thérapeutique, ainsi que les améliorations thérapeutiques.

Enfin, un test t est effectué pour le score total et des analyses non paramétriques de Mann-Whitney sont effectuées sur chaque item du questionnaire d'intégrité de traitement. Les analyses sont effectuées sans correction de Bonferroni afin de maximiser la possibilité de trouver des différences significatives entre les deux conditions. Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les deux conditions au score total ($t(1, 10) = -.161, ns$) ainsi qu'aux différents items, suggérant que le traitement a été administré de façon intègre et standard pour les deux conditions (voir Tableau 1).

Tableau 1

Moyenne, écart-type et résultats des Mann-Witney comparant l'intégrité du traitement administré en vidéoconférence et en face-à-face sur le Questionnaire d'intégrité du traitement.

N = 12.

	Face-à-Face n=5	Vidéoconférence N=7	U
Q1	3.0 (0.0)	2.86 (0.38)	15.0
Q2	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q3	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q4	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q5	2.8 (0.45)	3.0 (0.0)	14.0
Q6	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q7	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q8	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q9	2.8 (0.45)	3.0 (0.0)	14.0
Q10	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q11	3.0 (0.0)	2.86 (0.38)	15.0

Q12	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q13	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q14	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q15	3.0 (0.0)	2.86 (0.38)	15.0
Q16	2.8 (0.38)	3.0 (0.0)	14.0
Q17	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q18	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q19	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q20	3.0 (0.0)	2.86 (0.38)	15.0
Q21	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q22	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q23	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q24	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q25	2.8 (0.38)	2.86 (0.38)	16.5
Q26	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q27	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q28	3.0 (0.0)	2.86 (0.38)	15.0
Q29	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5
Q30	3.0 (0.0)	3.0 (0.0)	17.5

Résultats

Description de l'échantillon

L'échantillon est composé principalement de femmes pour les deux conditions (18 sur 23 pour la condition face-à-face et 16 sur 22 pour la condition vidéoconférence). Des analyses (chi carré) sont effectuées au pré-traitement sur les variables descriptives (p.ex., statut socio-économique, comorbidité, genre, etc) afin de déterminer s'il existe des différences pré-existantes entre les groupes avant le traitement. Les analyses ne montrent aucune différence significative entre les deux groupes. La plupart des participants sont d'origine canadienne et présentent un niveau de scolarité collégial ou universitaire (voir Tableau 2). Dans l'échantillon global, 42.2% des participants ne présentent pas de trouble comorbide. Parmi les troubles comorbides répertoriés qui sont les plus fréquents dans la condition face-à-face, nous retrouvons la phobie spécifique (18.2% et 8.7%), la dépression majeure (9.1% et 8.7%) et le trouble d'anxiété généralisée (9.1% et 8.7%) pour la condition vidéoconférence et la condition face-à-face respectivement (voir Tableau 3). Des analyses montrent qu'il n'existe aucune différence significative entre les deux conditions en ce qui a trait à la présence de troubles comorbides ($X^2(2)=.68$, ns).

Tableau 2

Description des variables socio-démographiques de l'échantillon. N = 45.

	Face-à-Face (n = 22)	Vidéoconférence (VC) (n = 23)	
Âge	37.95	33.96	F(1,44)=1.47, ns
Sexe (% de femmes)	72.7%	78.3%	X ² (1)=.008, ns
Nationalité			X ² (2)=2.00, ns
Canadienne	100%	91.3%	
Belge	0%	4.3%	
Italienne	0%	4.3%	
Niveau de scolarité			X ² (3)=6.18, ns
Secondaire (1 à 4)	0%	17.4%	
Diplôme études secondaires	31.6%	21.7%	
Collège	21.1%	34.8%	
Université	47.4%	26.1%	
État civil			X ² (3)=2.12, ns
Célibataire	36.4%	56.5%	
Marié(e)	36.4%	26.1%	
Séparé(e) ou divorcé(e)	9.1%	8.7%	

Tableau 3

Description des diagnostics comorbides au TPA dans l'échantillon. N = 45.

	Face-à-Face (n = 22)	Vidéoconférence (n = 23)
Trouble d'anxiété généralisée (TAG)	9.1%	8.7%
Dépression majeure	0%	8.7%
Phobie sociale	9.1%	4.3%
Phobie spécifique (PS)	18.2%	8.7%
Insomnie	4.5%	0%
Hypocondrie	9.1%	0%
Phobie sociale et TAG	4.5%	4.3%
Phobie spécifique et phobie sociale	0%	4.3%
Hypocondrie et TAG	0%	4.3%
Dépression et trouble d'adaptation	4.5%	0%
Dépression, TAG et PS	0%	4.3%
Aucun	31.8%	52.2%

Résultats des analyses relatives à l'alliance et à la relation thérapeutique

Le plan d'analyse est un plan 2X3 (deux conditions et trois temps de mesure). Au Tableau 4, les moyennes et écarts types à l'Inventaire d'Alliance Thérapeutique sont présentés. Les résultats montrent que les scores totaux sont élevés pour les deux conditions, suggérant la présence d'une bonne relation thérapeutique pour les deux formes de thérapie. Pour les scores obtenus aux trois sous-échelles, les scores augmentent de la rencontre 1 à la rencontre 5, et jusqu'à la rencontre 12 pour les deux conditions, ce qui suggère que l'alliance thérapeutique s'améliore avec le temps dans les deux conditions aux trois sous-échelles.

Dans le but de mesurer la différence de la qualité de l'alliance thérapeutique entre les deux conditions, nous avons effectué des ANOVAs à mesures répétées sur l'Inventaire d'Alliance Thérapeutique (voir Tableau 4) et sur l'Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie (voir Tableau 5). Les résultats au score total de l'IAT montrent un effet temps significatif, ce qui indique que la qualité de l'alliance thérapeutique évolue dans le temps (voir Figure 1). Les contrastes répétés *a posteriori* montrent que le changement dans le temps est significatif entre la rencontre 1 et la rencontre 5 [$F(1,40) = 7.58, p < .01$], mais pas entre la rencontre 5 et le post-traitement [$F(1,40) = 2.31, ns$] et aucun effet d'interaction. Les résultats montrent qu'il n'y a aucune différence significative entre les conditions. Les analyses de puissance révèlent un effet de taille moyen (f de Cohen = .33) pour l'effet condition et un effet de taille petit pour l'interaction (f de Cohen de .10), il faudrait donc un échantillon de 40 participants par groupe pour détecter un effet significatif de condition à .05 avec une puissance de 0.80 (assumant qu'une telle différence existe réellement) pour trouver un effet d'interaction significatif, un échantillon de 322 participants par groupe serait nécessaire à .05 avec une puissance de 0.80.

Figure 1. La qualité de l'alliance thérapeutique sur le score total au IAT.

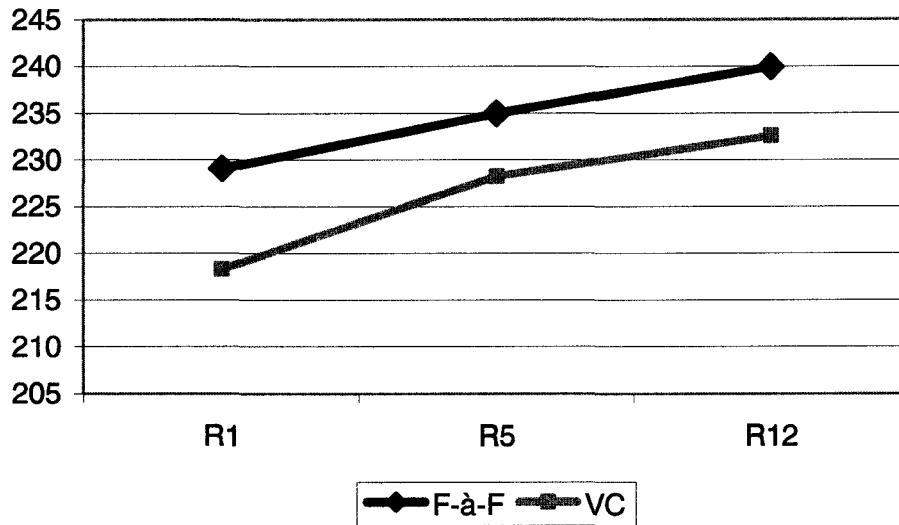


Tableau 4

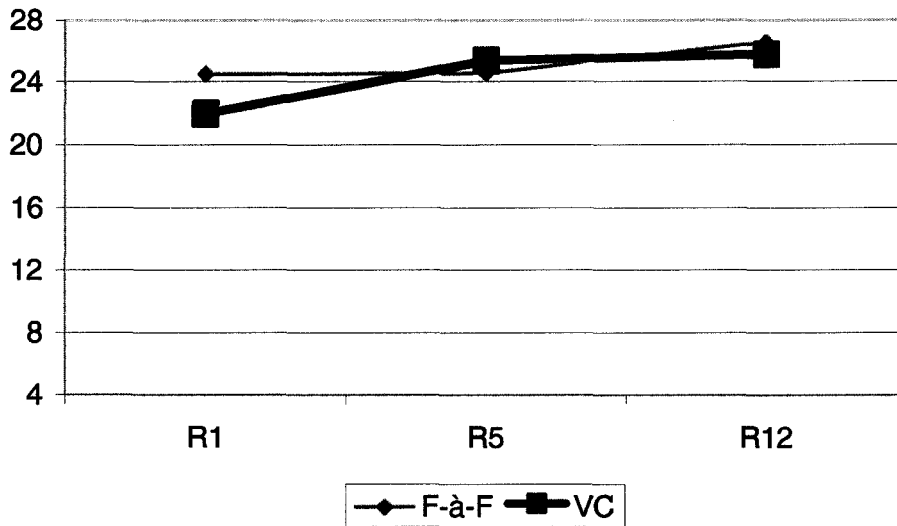
Moyenne, écart-type et résultats des ANOVAs à mesures répétées comparant la qualité de l'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face sur l'Inventaire d'Alliance Thérapeutique (IAT). N = 43.

	Face-à-Face			Vidéoconférence			<i>F</i>			Etat carré partiel	
	R1	R5	R12	R1	R5	R12	Condition (dl)	Temps (dl)	Interaction (dl)	(Effet condition)	(Effet interaction)
IAT - Score total	229.11 (15.16)	235.00 (14.25)	239.95 (10.70)	218.30 (19.03)	228.26 (24.32)	232.57 (13.72)	4.06 (1, 40)	9.74*** (2, 80)	.29 (2, 80)	.09	.01
IAT - Relation thérapeutique	24.55 (2.56)	24.60 (5.05)	26.55 (1.88)	21.96 (5.17)	25.35 (2.96)	25.74 (1.98)	1.18 (1, 41)	11.13*** (2, 82)	3.68* (2, 82)	.03	.08
IAT - Tâches	24.80 (2.26)	26.45 (1.43)	26.85 (1.66)	24.09 (3.50)	25.83 (2.08)	25.70 (2.62)	2.45 (1, 41)	10.93*** (2, 82)	.21 (2, 82)	.06	.01
IAT - Buts	26.45 (2.31)	26.90 (1.45)	26.80 (1.61)	24.78 (2.63)	26.22 (1.76)	27.04 (1.77)	2.08 (1, 41)	9.58*** (2, 82)	4.82* (2, 82)	.05	.11

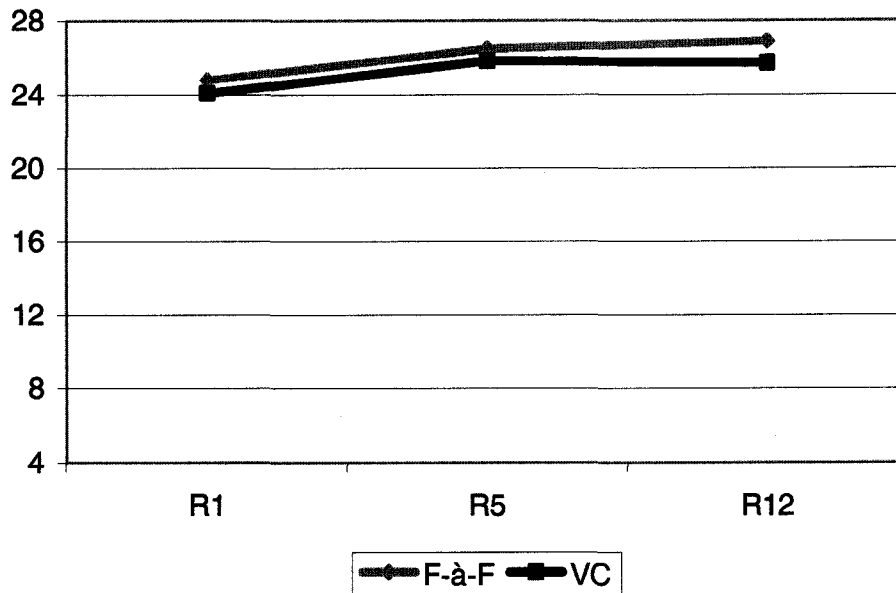
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Note : IAT=Inventaire d'Alliance Thérapeutique; dl=degré de liberté. R1= rencontre 1; R5= rencontre 5; R12= rencontre 12 – post-traitement

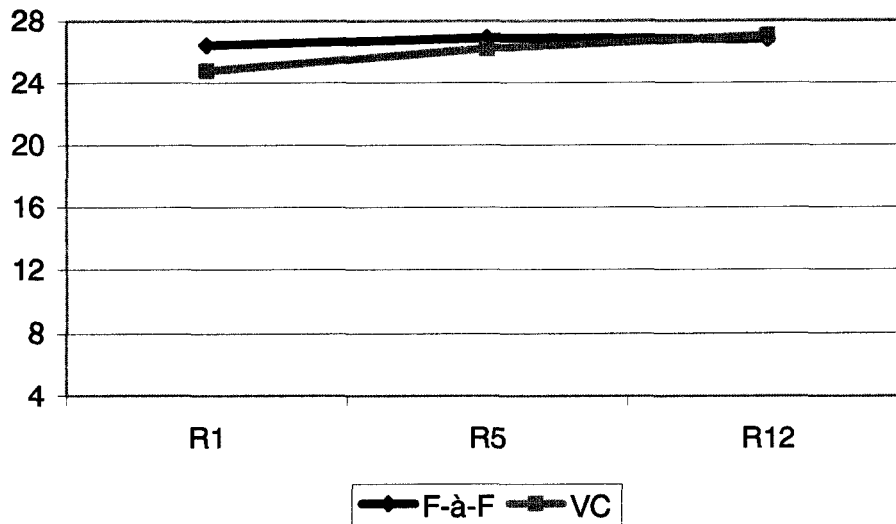
En ce qui a trait à la sous-échelle *Relation thérapeutique*, les résultats suggèrent un effet temps significatif, ce qui démontre une augmentation de l'attachement envers son thérapeute (voir Figure 2). Les contrastes répétés *a posteriori* montrent pour l'effet temps une amélioration significative de la qualité de l'alliance thérapeutique entre la rencontre 1 et la rencontre 5 [$F(1,41) = 5.94, p < .05$] et entre la rencontre 5 et 12 [$F(1,41) = 4.47, p < .05$]. Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les conditions au niveau de la sous-échelle *Relation thérapeutique*, mais les résultats démontrent un effet d'interaction [$F(2, 82) = 3.68, p < .01$]. Les contrastes répétés *a posteriori* montrent un effet d'interaction entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 5.60, p < .05$], mais pas entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 1.98, ns$]. Cela signifie que la qualité de la relation thérapeutique est plus faible à la rencontre 1 en vidéoconférence versus en face-à-face, mais que cette différence disparaît complètement après 5 rencontres de thérapie. Les analyses de puissance révèlent un effet de taille moyen (f de Cohen = .17), nécessitant 150 participants par groupe pour détecter un effet condition à .05 avec une puissance de 0.80.

Figure 2. La qualité de la *relation thérapeutique* sur le IAT.

Pour la sous-échelle *Tâches*, les résultats montrent un effet temps pour les deux conditions, ce qui indique que l'accord sur les tâches à accomplir en thérapie augmente avec le temps et ce, pour les deux conditions (voir Figure 3). Les contrastes répétés *a posteriori* montrent que le changement dans le temps est significatif entre la rencontre 1 et la rencontre 5 [$F(1,41) = 13.44, p < .01$], mais pas entre la rencontre 5 et le post-traitement [$F(1,41) = .01, ns$]. Les résultats montrent qu'il n'y a aucune différence significative entre les conditions, ni d'effet d'interaction. Les analyses de puissance révèlent un effet de taille moyen pour l'effet condition (f de Cohen = .25) et un effet de taille petit (f de Cohen = .10) pour l'effet d'interaction. Avec de tels effets de taille, il faudrait 64 participants par groupe pour trouver un effet condition et pour trouver un effet d'interaction, un échantillon de 322 participants/groupe à .05 avec une puissance à 0.80.

Figure 3. Les résultats sur la sous-échelle *Tâches* sur l'IAT.

Les résultats à la sous-échelle *Buts* montrent un effet temps significatif, ce qui indique que l'accord sur les buts à atteindre augmente avec le temps (voir Figure 4). Les contrastes répétés *a posteriori* montrent une augmentation significative pour l'effet temps entre la rencontre 1 et la rencontre 5 [$F(1,41) = 7.54, p < .01$], mais pas entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 2.85, ns$]. Aucune différence significative n'est trouvée entre les deux conditions, alors que les résultats montrent un effet d'interaction significatif. Les contrastes répétés *a posteriori* montrent un effet d'interaction entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 4.64, p < .05$], mais pas entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 2.06, ns$]. Les analyses de puissance révèlent un effet de taille moyen (f de Cohen = .35), ce qui demanderait 33 participants par groupe pour détecter un effet condition à .05 avec une puissance de 0.80.

Figure 4. Les scores sur la sous-échelle *Buts*.

Pour l'Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie (ÉATC), les scores totaux sont également très élevés dans la condition face-à-face et dans la condition vidéoconférence (voir Tableau 5), suggérant que l'alliance est très bien établie dans les deux conditions. Pour les deux conditions, les scores totaux et les scores aux quatre sous-échelles augmentent avec le temps (voir Figure 5).

Figure 5. Résultats sur le score total à l'ÉATC.

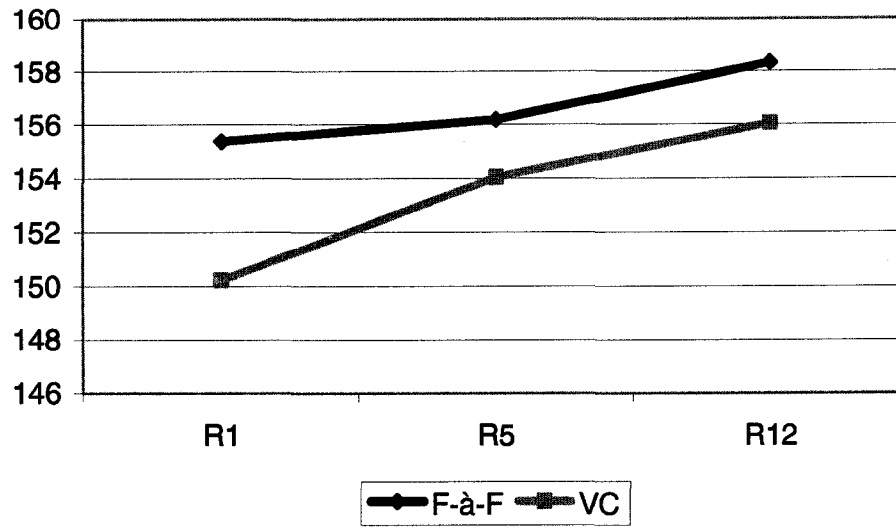


Tableau 5

Moyenne, écart-type et résultats des ANOVAs à mesures répétées comparant la qualité de l'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face sur l'Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie (ÉATC). N = 43.

	Face-à-Face			Vidéoconférence			F			Etat carré partiel		
	R1	R5	R12	R1	R5	R12	Condition (dl)	Temps (dl)	Interaction (dl)	(Effet condition)	(Effet interaction)	
EATC- total	Score	155.38 (9.78)	156.19 (9.06)	150.23 (9.41)	154.05 (10.06)	156.05 (9.19)	158.33 (7.24)	2.06 (1, 41)	4.46* (2, 82)	.67 (2, 82)	.05	.02
EATC Engagement	-	38.71 (2.69)	39.24 (3.69)	37.50 (3.16)	38.27 (3.52)	38.55 (3.79)	39.67 (3.69)	1.97 (1, 41)	1.40 (2, 82)	.02 (2, 82)	.05	.00
EATC Capacité de travail	-	34.52 (5.53)	36.33 (3.55)	33.27 (4.53)	34.32 (5.42)	36.36 (3.84)	36.14 (4.09)	.82 (1, 41)	5.53* (2, 82)	1.27 (2, 82)	.02	.03
EATC Compréhension	-	40.71 (1.40)	40.95 (1.50)	39.68 (2.38)	40.77 (2.16)	40.32 (3.47)	41.33 (1.40)	2.11 (1, 41)	1.99 (2, 82)	.85 (2, 82)	.05	.02
EATC Entente	-	39.43 (2.42)	39.71 (2.59)	39.45 (2.43)	40.64 (1.76)	40.27 (2.10)	41.24 (1.30)	.00 (1, 41)	7.46* (2, 82)	3.84* (2, 41)	.00	.09

*p<.05

Note : R1 = rencontre 1; R5 = rencontre 5; R12 = rencontre 12 post.

Les ANOVAs à mesures répétées sur l'Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie ne montrent aucune différence significative entre les conditions (voir Tableau 5). Les résultats montrent un effet temps significatif pour le score total, mais ne montrent aucun effet d'interaction. Les contrastes répétés *a posteriori* pour le score total ne révèlent aucun effet temps entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 1.91$, ns], mais un effet temps significatif entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 4.29$, $p < .05$]. Les analyses de puissance révèlent un effet de taille moyen (f de Cohen = .25), nécessitant 64 participants par groupe pour détecter un effet condition à .05 avec une puissance de 0.80.

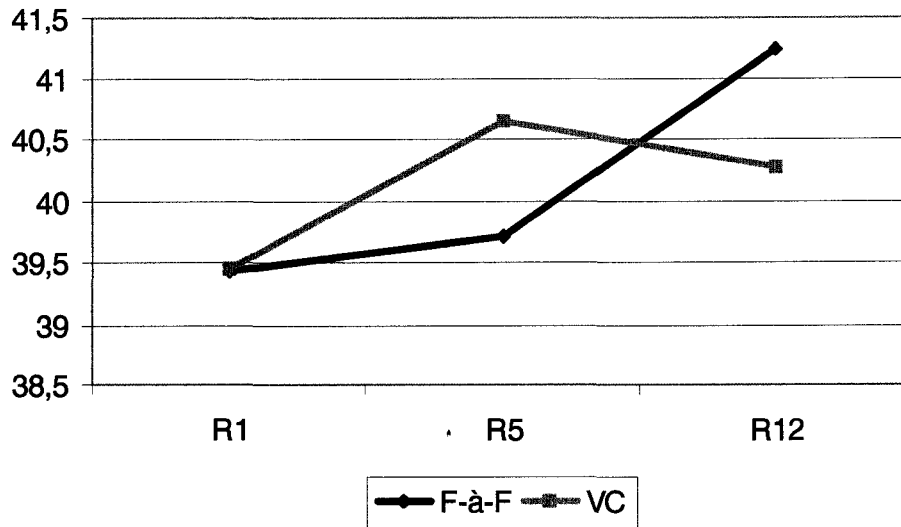
Pour la sous-échelle *Engagement*, les résultats ne montrent aucune différence significative entre les conditions, ni d'effet temps significatif. Les contrastes *a posteriori* ne montrent aucun effet temps entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 1.04$, ns], ni entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 0.44$, ns] et aucun effet d'interaction entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 0.04$, ns], ni entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 0.02$, ns]. Les analyses de puissance révèlent un effet de taille moyen (f de Cohen = .23), nécessitant 90 participants par groupe pour détecter un effet condition et un effet d'interaction à .05 avec une puissance de 0.80.

Les résultats montrent un effet temps significatif pour les sous-échelles *Capacité de travail*, *Compréhension et Entente*. Plus précisément pour la sous-échelle *Capacité de travail*, les résultats montrent un effet temps significatif, mais aucun effet condition ni d'effet d'interaction. Les contrastes *a posteriori* pour la sous-échelle *Capacité de travail* ne montrent aucun effet temps significatif entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 2.85$, ns], et aucun effet temps significatif entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 2.99$, ns]. Donc, l'effet significatif se trouve entre la rencontre 1 et la rencontre 12. Les contrastes *a posteriori* ne montrent aucun effet

d'interaction entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 0.20$, ns], mais un effet d'interaction entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 4.35$, $p < .05$].

Pour la sous-échelle *Compréhension*, les résultats ne montrent aucun effet temps significatif, ni d'effet condition et aucun effet d'interaction. Les contrastes *a posteriori* pour la sous-échelle *Compréhension* montrent un effet temps significatif entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 5.07$, $p < .05$], mais pas d'effet significatif entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 0.01$, ns] et aucun effet d'interaction entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 2.09$, ns], et aucun effet d'interaction entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 1.14$, ns].

Pour la sous-échelle *Entente*, les résultats montrent un effet temps significatif, ainsi qu'un effet d'interaction significatif, mais aucun effet condition (voir Figure 6). Les contrastes *a posteriori* pour la sous-échelle *Entente* montrent un effet temps entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 5.34$, $p < .05$], mais pas d'effet temps significatif entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 2.74$, ns] et aucun effet d'interaction entre les rencontres 1 et 5 [$F(1,41) = 1.99$, ns], mais un effet d'interaction entre les rencontres 5 et 12 [$F(1,41) = 7.25$, $p < .01$]. Notons que la corrélation entre le score total au IAT et à l'EATC à la rencontre 5 est de .36 ($p < .05$).

Figure 6. Les scores à la sous-échelle *Entente* sur l'ÉATC.

Résultats sur l'efficacité thérapeutique

Sur l'Échelle de panique et d'agoraphobie de Bandelow et le QCA (voir Tableau 6), les résultats montrent que les scores diminuent entre le pré-traitement et le post-traitement et ce, pour la condition vidéoconférence et la condition face-à-face, ce qui suggère une diminution des symptômes du TPA tels que mesurés par la mesure d'efficacité et le QCA.

Tableau 6

Statistiques descriptives à l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow et sur le Questionnaire de Cognitions Agoraphobiques, moyenne et écart-type. N = 45.

	Face-à-face		Vidéoconférence	
	Pré	Post	Pré	Post
Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow	24.41 (9.34)	11.27 (7.94)	25.09 (9.64)	13.35 (8.76)
Questionnaire de Cognitions Agoraphobiques	2.48 (.65)	1.71 (.56)	2.27 (.62)	1.74 (.53)

Sur l'Échelle de panique et d'agoraphobie de Bandelow, les résultats montrent que les scores diminuent significativement entre le pré-traitement et le post-traitement [$F(1, 43) = 84.59$, $p < .001$], ce qui confirme une diminution des symptômes du TPA tels que mesurés par la principale mesure d'efficacité (voir Tableau 6). La comparaison entre les conditions ne révèle aucune différence significative [$F(1, 43) = .36$, ns]. Enfin, aucun effet d'interaction n'est observé [$F(1, 43) = .27$, ns], indiquant que la thérapie a le même impact dans les deux conditions.

Résultats des prédicteurs sur l'efficacité thérapeutique

Dans le but de tester notre hypothèse 4 suggérant que l'alliance thérapeutique telle que mesurée à la rencontre 5 à l'aide du IAT prédit les changements (scores résiduels) sur l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow, une régression multiple a été effectuée. L'équation de régression est significative [$F(2,43) = 10.21$, $p < .01$], avec un $R^2 = .33$ et un R^2 ajusté = $.30$. L'examen des coefficients révèle que l'alliance thérapeutique (score total au IAT) ne contribue pas significativement à l'équation de régression (voir Tableau 7). Nous avons effectué la même procédure pour l'alliance thérapeutique telle que mesurée par l'ÉATC avec la sous-échelle *Engagement* du client à la rencontre 5. L'équation de régression est significative [$F(2,42) = 7.02$, $p < .01$], avec un $R^2 = .26$ et un R^2 ajusté = $.22$.

Nous avons effectué la même procédure pour chacune des sous-échelles de l'IAT. Les résultats révèlent que les trois composantes de l'alliance thérapeutique *Relation thérapeutique*, *Tâches*, et *Buts* ne contribuent pas significativement à l'équation de régression (voir Tableaux 8, 9 et 10).

Tableau 7

Régression multiple évaluant la contribution à l'efficacité de l'alliance thérapeutique selon le score total au IAT après 5 rencontres de thérapie. N = 44.

	B	é.t.	β	t	sr ²
Échelle de panique et d'agoraphobie – pré	.47	.11	.54	4.22*	.54
IAT – Total – R5	-.07	.05	-.17	-1.36	-.17

*p<.05

Tableau 8

Régression multiple évaluant la contribution à l'efficacité de l'alliance thérapeutique selon le score à la sous-échelle Tâches au IAT après 5 rencontres de thérapie. N = 44.

	B	e.t.	β	t	sr ²
Échelle de panique et d'agoraphobie – pré	-.49	.11	.56	4.43*	.56
IAT- Tâches -R5	-.99	.58	-.22	-1.71	-.22

*p<.05

Tableau 9

Régression multiple évaluation la contribution à l'efficacité de l'alliance thérapeutique selon le score à la sous-échelle Relation thérapeutique au IAT après 5 rencontre de thérapie. N = 44.

	B	é.t.	β	t	sr^2
Échelle de panique et d'agoraphobie – pré	.50	.12	.57	4.36*	.56
IAT – Relation thérapeutique– R5	-.25	.27	-.12	-.95	-.12

* $p < .05$

Tableau 10

Régression multiple évaluation la contribution à l'efficacité de l'alliance thérapeutique selon le score à la sous-échelle Buts au IAT après 5 rencontre de thérapie. N = 44.

	B	é.t.	β	t	sr^2
Échelle de panique et d'agoraphobie- pré	.48	.12	.55	4.15*	.54
IAT- Buts – R5	-.11	.67	-.02	-.16	-.02

* $p < .05$

Pour tester notre hypothèse 5 comparant le pouvoir prédictif de l'alliance thérapeutique et des changements de croyance, nous avons effectué une autre régression multiple avec les scores résiduels. L'équation de la régression est significative [$F(4, 43) = 20.74, p < .01$], avec un $R^2 = .68$ et un R^2 ajusté = .65. Un examen des coefficients révèle que l'alliance thérapeutique ne contribue pas significativement à l'équation de la régression alors que les pensées de peur contribuent significativement à l'équation de la régression (voir Tableau 11).

Tableau 11

Résultats de la régression hiérarchique permettant de tester l'apport relatif de l'alliance au IAT à la rencontre 5 et des changements de croyances sur l'efficacité de la thérapie. N = 44.

	B	é.t.	β	t	sr ²
Échelle de panique – pré total	.49	.08	.55	5.78***	.52
IAT –Total – Rencontre 5	-.07	.04	-.16	-1.77	-.16
Questionnaire sur les pensées de peur – pré	-4.70	1.40	-.35	-3.36**	-.30
Questionnaire sur les pensées de peur – post	9.66	1.50	.64	6.46**	.58

*p < .05

Résultats des ANOVAs exploratoires des comportements d'alliance thérapeutique

Dans le but d'explorer les facteurs pouvant éclairer l'absence de différence significative entre les deux conditions sur les mesures d'alliance, nous avons effectué de façon exploratoire des ANOVAs afin de comparer les comportements (attitudes et/ou perceptions) d'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face à la rencontre 5 et à la rencontre 12 (voir Tableaux 12 et 13). Les analyses de consistance interne sur les 21 items du questionnaire sur des comportements d'alliance thérapeutique révèlent un alpha de Cronbach de .98. Les résultats des ANOVAs ne montrent aucune différence significative entre les conditions pour chacune des 21 variables qui selon nous pouvaient potentiellement être influencées par la vidéoconférence. Des analyses non-paramétriques (Mann-Whitney) ont aussi été effectuées et confirment l'absence de différence significative. Notons qu'aucune correction n'a été appliquée pour réduire l'erreur de type I afin de maximiser les chances de trouver une différence significative. L'examen des tailles d'effets confirme que les différences entre les deux conditions sont négligeables.

Tableau 12

Moyenne, écart-type et résultats des ANOVAs comparant de façon exploratoire les comportements (attitudes et perceptions) d'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face sur le Questionnaire sur les comportements d'alliance thérapeutique mesurés à la rencontre 5. N = 42.

	Face-à-Face n=22	Vidéoconférence n=20	F	Etat carré partiel
J'ai confiance en mon (ma) thérapeute.	97.05 (5.49)	96.00 (8.21)	.24	.006
Je sens mon (ma) thérapeute confiant(e) par rapport à la qualité du traitement qu'il(elle) me propose.	96.14 (6.53)	95.00 (10.00)	.19	.005
Je ne me sens pas jugé(e) par mon thérapeute.	97.50 (5.29)	96.00 (8.83)	.46	.011
Je me sens respecté(e) par mon thérapeute.	98.41 (3.58)	97.00 (6.57)	.76	.019
Je me sens écouté(e) par mon thérapeute.	98.421 (3.58)	96.50 (7.45)	1.15	.028
Je sens mon (ma) thérapeute engagée dans mon processus thérapeutique.	97.50 (5.29)	95.50 (8.26)	.89	.022
Je me sens impliqué(e) (p.ex., tâches à effectuer, devoirs, etc) dans la thérapie.	97.50 (9.99)	94.50 (6.88)	1.31	.032
Mon (ma) thérapeute est naturel(le) avec moi.	98.86 (3.06)	95.50 (8.87)	2.80	.065
Mon (ma) thérapeute est compréhensif(ve) à mon égard (à ce que je vivais).	98.86 (3.06)	95.50 (8.87)	2.80	.065
Je me sens supporté(e) par mon (ma) thérapeute.	98.41 (3.58)	97.00 (6.57)	.76	.019
Je me sens accepté(e) par mon (ma) thérapeute.	99.32 (2.34)	97.00 (6.57)	2.41	.067
Mon (ma) thérapeute s'assure de ma compréhension par rapport au contenu abordé en thérapie (p.ex., modèle théorique, exercices à effectuer, etc).	97.50 (4.30)	98.00 (5.23)	.12	.003

Mon (ma) thérapeute m'encourage dans mes progrès thérapeutiques.	98.41 (3.58)	95.50 (9.45)	1.81	.043
Je sens mon (ma) thérapeute présent(e) en thérapie.	98.86 (3.06)	97.25 (6.38)	1.12	.027
Mon (ma) thérapeute démontre de l'intérêt par rapport à ce que je vivais.	97.05 (7.01)	95.50 (9.99)	.34	.008
Je sens que mon (ma) thérapeute respecte mon rythme de progression.	96.59 (7.77)	95.50 (9.45)	.17	.004
J'ai l'impression que mon (ma) thérapeute comprend les émotions que je ressens.	95.23 (10.52)	93.50 (11.37)	.26	.006
Mon (ma) thérapeute me donne des conseils utiles et pertinents à mes problèmes.	96.59 (7.14)	97.50 (6.39)	.19	.005
Je me sens compris(e) et supporté(e) par mon (ma) thérapeute lorsque je rencontre des difficultés (p.ex., dans les tâches à effectuer).	95.23 (9.57)	94.50 (9.45)	.06	.002
Mon (ma) thérapeute me semble compétent(e).	99.32 (2.34)	98.00 (5.23)	1.15	.028
J'ai une bonne relation avec mon (ma) thérapeute.	98.41 (4.73)	96.00 (8.83)	1.23	.030

Tableau 13

Moyenne, écart-type et résultats des ANOVAs comparant de façon exploratoire les comportements (attitudes et/ou perceptions) d'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face sur le Questionnaire sur les comportements d'alliance thérapeutique mesurés à la rencontre 12. N = 43.

	Face-à-Face n=21	Vidéoconférence n=22	F	Etat carré partiel
J'ai confiance en mon (ma) thérapeute.	98.64 (3.51)	96.67 (5.77)	1.85	.043
Je sens mon (ma) thérapeute confiant(e) par rapport à la qualité du traitement qu'il(elle) me propose.	97.73 (4.29)	96.67 (5.77)	.47	.011
Je ne me sens pas jugé(e) par mon thérapeute.	98.63 (3.51)	97.14 (5.61)	1.11	.026
Je me sens respecté(e) par mon thérapeute.	99.09 (2.94)	97.14 (5.61)	2.06	.048
Je me sens écouté(e) par mon thérapeute.	99.09 (Ž. 4)	97.62 (4.36)	1.70	.040
Je sens mon (ma) thérapeute engagée dans mon processus thérapeutique.	98.64 (4.68)	97.62 (4.36)	.54	.013
Je me sens impliqué(e) (p.ex., tâches à effectuer, devoirs, etc) dans la thérapie.	98.18 (3.95)	92.38 (13.00)	3.99	.089
Mon (ma) thérapeute est naturel(le) avec moi.	98.86 (3.76)	95.71 (8.11)	2.71	.062
Mon (ma) thérapeute est compréhensif(ve) à mon égard (à ce que je vivais).	98.18 (6.64)	95.71 (7.46)	1.31	.031
Je me sens supporté(e) par mon (ma) thérapeute.	98.63 (3.51)	96.67 (5.77)	1.85	.043
Je me sens accepté(e) par mon (ma) thérapeute.	99.09 (2.94)	97.14 (5.60)	2.06	.048
Mon (ma) thérapeute s'assure de ma compréhension par rapport au contenu abordé en thérapie (p.ex., modèle théorique, exercices à effectuer, etc).	97.50 (5.29)	96.19 (8.05)	.40	.010

Mon (ma) thérapeute m'encourage dans mes progrès thérapeutiques.	98.64 (3.51)	98.10 (5.12)	.17	.004
Je sens mon (ma) thérapeute présent(e) en thérapie.	99.32 (2.34)	98.10 (4.02)	1.50	.035
Mon (ma) thérapeute démontre de l'intérêt par rapport à ce que je vivais.	99.34 (2.34)	98.10 (4.02)	1.50	.035
Je sens que mon (ma) thérapeute respecte mon rythme de progression.	97.95 (6.67)	96.19 (6.69)	.75	.018
J'ai l'impression que mon (ma) thérapeute comprend les émotions que je ressens.	97.05 (8.82)	94.29 (7.46)	1.22	.029
Mon (ma) thérapeute me donne des conseils utiles et pertinents à mes problèmes.	98.64 (4.68)	95.71 (6.76)	2.74	.063
Je me sens compris(e) et supporté(e) par mon (ma) thérapeute lorsque je rencontre des difficultés (p.ex., dans les tâches à effectuer).	98.64 (3.51)	96.67 (5.77)	1.85	.043
Mon (ma) thérapeute me semble compétent(e).	99.09 (2.94)	98.10 (4.02)	.86	.021
J'ai une bonne relation avec mon (ma) thérapeute.	98.86 (3.06)	97.62 (5.39)	.88	.021

Résultats de la rencontre de discussion informelle

Afin de compléter les données quantitatives, une thérapeute (M.A.) est allée rencontrer les participants à Montréal en face-à-face, après la thérapie, afin de discuter de leur expérience. Tous les participants ont manifesté un intérêt pour venir la rencontrer. Néanmoins, pour diverses raisons (e.g., responsabilités familiales, travail ou autre), seulement 9 participants ont pu assister à cette rencontre. La rencontre s'est déroulée en groupe, sur une base volontaire et de façon informelle, mais enregistrée sur cassette audio.

Le but de la rencontre était d'en apprendre davantage sur leurs expériences personnelles lors du traitement par vidéoconférence. De façon générale, tous les participants se sont dits satisfaits des services reçus. Tous les participants considèrent s'être améliorés et considéraient avoir atteints leurs objectifs. Les participants ont fait remarquer qu'il leur avait été plus difficile au début d'établir une relation thérapeutique en raison d'une gêne induite par la technologie. Or, ils rapportaient qu'après la rencontre 2, ils se sentaient déjà à l'aise. Curieusement, la moitié des participants ont rapporté que la distance établie par la vidéoconférence avait engendré un niveau de confort qui facilitait le dévoilement personnel. Ainsi, ils rapportaient de façon anecdotale qu'étant donné qu'ils étaient dans deux pièces différentes, ils se sentaient plus à l'aise et moins jugés. De même, 8 participants ont révélé que le fait d'avoir une thérapeute féminine les avait mis à l'aise dès le début. Selon leur point de vue, la personnalité du thérapeute contribue de façon majoritaire à favoriser une bonne relation thérapeutique, en dépit de la distance.

Les participants ont été interrogés sur les différents facteurs (p.ex., technologie, distance, sexe du thérapeute, etc) qui auraient pu contribuer positivement ou négativement sur le développement d'une alliance thérapeutique et rien n'a pu être identifié comme un irritant possible pour créer une bonne alliance thérapeutique. Tous les participants indiquent qu'ils

répéteraient l'expérience et que la réticence et l'appréhension qui régnaient avant le début de la thérapie s'étaient dissipées assez rapidement. Enfin, les participants soulignent que cette rencontre est très bénéfique pour eux, dans le sens qu'ils ont la chance de rencontrer leur thérapeute en face-à-face et que cela leur donne l'impression de boucler la boucle.

Résultats de la relance

Étant donné que 55.9% des participants ont complété l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie douze mois après la fin de la thérapie, nous effectuons des analyses avec ces répondants et aussi des analyses en intention de traiter (rapporter les données du post-traitement à la relance de 12 mois pour ceux qui n'ont pas complété le questionnaire à la relance). Pour les analyses avec ceux qui ont complétés, les résultats des ANOVAs à mesures répétées montrent que les gains obtenus au post-traitement sont maintenus à la relance de 12 mois [$F(1,43) = 4.26$, ns] pour ceux ayant complétés le questionnaire et les mêmes résultats sont observés avec les analyses faites en intention de traiter [$F(1,42) = .29$, ns] et qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux conditions [$F(1,42) = .57$, ns] (voir Tableau 14). Nous effectuons des analyses afin de déterminer s'il existe des différences entre les participants qui répondent à la relance et ceux qui ne répondent pas. Ces analyses sont effectuées sur plusieurs variables (âge, Échelle de Panique et d'Agoraphobie au pré-traitement et post-traitement, questionnaire des cognitions agoraphobiques au pré-traitement et au post-traitement, les scores à la sous-échelle *tâches* du IAT et au score total du IAT de la rencontre 5, sur le score total du ÉATC à la rencontre 1 et 5) et les résultats ne montrent aucune différence significative.

Tableau 14

Moyenne et écart-type sur l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow.

	Face-à-face			Vidéoconférence		
	Pré	Post	Relance	Pré	Post	Relance
Échelle de Panique et d'Agoraphobie (ceux qui ont complétés, N = 25)	24.41 (9.34)	11.38 (8.51)	10.38 (9.98)	25.09 (9.64)	11.67 (6.72)	11.5 (8.84)
Échelle de Panique et d'Agoraphobie (en intention de traiter, N = 45)	24.41 (9.34)	11.27 (7.94)	10.68 (8.89)	25.09 (9.64)	13.35 (8.67)	13.26 (9.67)

Conclusion

L'objectif de cette thèse était de déterminer s'il était possible de développer une bonne alliance thérapeutique en vidéoconférence et d'évaluer de façon exploratoire l'efficacité thérapeutique lorsque la thérapie était offerte par vidéoconférence, comparativement à la thérapie traditionnelle, soit en face-à-face. La première partie de la thèse portait sur les principaux concepts théoriques reliés au trouble panique avec agoraphobie, sur la situation actuelle quant à l'accessibilité des soins spécialisés et sur les nouvelles technologies disponibles pour enrayer ces problèmes. De même, une recension des études ayant porté sur l'utilisation de la vidéoconférence a présenté l'état des connaissances actuelles sur l'efficacité de ce nouveau mode de thérapie et sa capacité de développer une alliance thérapeutique. La deuxième partie décrit les concepts théoriques associés à l'alliance thérapeutique, les analyses documentant son rôle dans l'efficacité thérapeutique, de même qu'une recension de son rôle dans l'approche cognitivo-comportementale et sa valeur prédictive sur l'efficacité thérapeutique. Enfin, la dernière partie fait état d'une étude portant sur le développement d'une alliance thérapeutique par vidéoconférence et en face-à-face, sur l'efficacité relative des deux modes de thérapie et sur la valeur prédictive de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale.

Quarante-cinq adultes souffrant d'un trouble panique agoraphobie ont pris part à l'étude. Une évaluation en face-à-face a permis de déterminer la présence des critères d'inclusion et d'exclusion standardisés. L'alliance thérapeutique a été mesurée à l'aide du Inventaire d'Alliance Thérapeutique (IAT) et de l'Échelle d'Alliance Thérapeutique de Californie (ÉATC) au pré-traitement, à la fin de la rencontre 5 et au post-traitement. La mesure d'efficacité générale reposait sur l'Échelle de Panique et d'Agoraphobie de Bandelow (Bandelow, 1995). Le

Questionnaire des Cognitions Agoraphobiques a été utilisé pour évaluer le mécanisme thérapeutique. Ces deux questionnaires ont été complétés au pré-traitement et au post-traitement. Les participants sélectionnés pour l'étude ont été assignés aux conditions vidéoconférence pour les gens à l'extérieur de Gatineau ou en face-à-face. Tous les participants ont reçu un traitement individuel de type cognitivo-comportemental. Le traitement consistait en douze sessions, en raison d'une session d'une heure/semaine. Les analyses sur les scores totaux tels que mesurés sur le *IAT* et le *ÉATC* ont révélé qu'une bonne alliance thérapeutique se développe dans les deux conditions, en vidéoconférence et en face-à-face. Plus précisément, les analyses sur les scores totaux à l'*IAT* indiquent que la qualité de l'alliance thérapeutique augmente avec le temps dans les deux conditions et qu'il n'existe pas de différence significative entre les deux conditions. Les scores totaux obtenus sont comparables aux résultats d'autres études (Bouchard et coll., 2004; Ghosh et coll. 1997; Manchanda et coll., 1998). Pour la sous-échelle *Relation thérapeutique*, les résultats suggèrent que les participants des deux conditions arrivent à développer un attachement envers leur thérapeute, en dépit de la vidéoconférence. Nous avons émis comme hypothèse qu'il y aurait une différence significative entre les deux conditions à cette sous-échelle et que la *Relation thérapeutique* serait plus forte en face-à-face. Les résultats ne permettent pas de détecter une différence significative générale entre les deux formats de traitement en général. Par contre, les analyses révèlent un effet d'interaction, suggérant que même si la *Relation thérapeutique* était un peu plus faible entre la mesure prise à la rencontre 1 et à la rencontre 5 pour la condition vidéoconférence, cette différence est disparue à la rencontre 5 et ce, jusqu'à la fin de la thérapie. Ainsi, notre hypothèse se trouve partiellement confirmée. Ces résultats corroborent ceux retrouvés dans l'étude de Gosh et coll. (1997). En effet, leurs résultats démontraient qu'une bonne alliance thérapeutique se développait en vidéoconférence.

Lorsque les scores sur le WAI étaient comparés à ceux obtenus en face-à-face, ceux à la sous-échelle *relation thérapeutique* étaient plus faibles en vidéoconférence. Bien qu'aucune analyse statistique se soit rapportée, les auteurs attribuaient cette différence à la personnalité du participant et non pas à la vidéoconférence. Plus précisément, le traitement psychologique de l'étude de Gosh et coll. (1997) visait la préparation et l'acceptation d'une transsexualité (femelle à mâle) chez la participante. Ainsi, la participante soulignait qu'elle était très consciente d'elle-même, rendant le développement d'un attachement plus difficile par vidéoconférence. Néanmoins, les auteurs mentionnent que les scores obtenus à la sous-échelle *relation thérapeutique* reflètent également des difficultés intra et interpersonnelles que la participante expérimentait et ce, à des degrés similaires dans toutes les circonstances (Gosh et coll., 1997).

Par ailleurs, au niveau de la sous-échelle *Tâches*, les résultats ont révélé un effet temps, mais aucune différence significative n'existe entre les deux conditions. Les participants en vidéoconférence arrivent donc à s'entendre sur les tâches à accomplir avec le thérapeute, aussi bien que les participants en face-à-face et cet accord est de plus en plus fort avec le temps. Enfin, en ce qui a trait à la dernière sous-échelle du IAT, soit les *Buts*, les analyses ont montré un très bon accord sur les buts à atteindre en thérapie pour les deux conditions, mais un effet d'interaction significatif a été trouvé. Encore une fois, l'accord sur les buts à accomplir semble bon mais plus fort en face-à-face à la rencontre 1, alors que cette différence diminue dès la rencontre 5. Ces résultats suggèrent donc qu'un accord commun s'effectue dans les deux conditions, l'entente étant plus claire dès la première rencontre en face-à-face. Cela peut en partie s'expliquer par le temps alloué à la familiarisation de la technologie et par la nature même de la compréhension faite avec la thérapie par vidéoconférence. Ces analyses montrent donc qu'une bonne alliance thérapeutique s'établit dès la première rencontre, que celle-ci se solidifie

plus lentement à cause de la vidéoconférence, mais qu'à la rencontre 5, la qualité de l'alliance thérapeutique est similaire à celle retrouvée en face-à-face. Ces résultats sont consistants avec des résultats d'autres études qui montrent que les participants rapportaient qu'il leur fallait de 6 à 7 sessions de thérapie afin de s'adapter à une alliance thérapeutique par vidéoconférence (Simpson, Bell, Know & Mitchell, 2005). En effet, dans cette étude portant sur l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale par vidéoconférence pour des troubles alimentaires, le temps pour s'adapter à la technologie variait d'un participant à l'autre, mais ils rapportaient tous être devenus familiers et à l'aise avec leur thérapeute via la technologie et ce, à l'intérieur de 6 sessions de thérapie. Un seul participant notait qu'il lui avait fallu 7 sessions pour s'adapter à une relation thérapeutique par vidéoconférence, élément qu'il considérait très important pour la thérapie.

Ces résultats sont corroborés avec les analyses faites sur le questionnaire des comportements d'alliance thérapeutique, de même que par les rapports anecdotiques donnés par les participants lors de notre rencontre informelle en face-à-face. En effet, la rencontre informelle avec les participants à la fin de thérapie a permis de constater qu'effectivement, ces derniers rapportaient qu'ils avaient eu à se familiariser avec la vidéoconférence. Comme les participants ont souligné, au début de la thérapie, certains se sentaient inconfortables avec la vidéoconférence. Or, après quelques rencontres, ils rapportaient que l'alliance thérapeutique était établie et qu'ils avaient fini par oublier la technologie et la distance qui les séparait de leur thérapeute. Cette période de familiarisation peut effectivement expliquer pourquoi les scores à la sous-échelle *Relation thérapeutique* étaient quelque peu plus faibles en vidéoconférence comparativement aux scores en face-à-face. En effet, plusieurs études rapportent qu'il y a un délai de temps qui est nécessaire pour la familiarisation de la technologie. Par exemple, Deitsch,

Frieh et Santos (2000) rapportent que les participants à leur étude exprimaient beaucoup de curiosité par rapport au fonctionnement dans l'ensemble de la vidéoconférence, mais également par rapport à l'environnement du thérapeute. Ainsi, ils posaient des questions à savoir ce qu'il y avait dans le bureau du thérapeute, qui pouvait les voir par vidéoconférence, etc. Par conséquent, dans un tel contexte, il semble donc intéressant d'allouer du temps pour la familiarisation à cette nouvelle technologie. Encore, il semble que pour certains types de personnes, la distance qui les sépare de leur thérapeute a un effet positif sur eux-mêmes et contribue par le fait même au développement d'une alliance thérapeutique. En ce sens, la distance qui les sépare semble être un contexte favorable et contribuant à un sentiment de confort face au thérapeute. Entre autre, Simpson (2001) rapporte en effet que certains participants soulignaient que la vidéoconférence contribuait à améliorer l'alliance thérapeutique. En ce sens, certains participants estiment qu'ils se sentent moins conscients d'eux-mêmes lorsqu'ils sont en thérapie par vidéoconférence, donc ils peuvent plus se concentrer sur la thérapie et focaliser leur énergie sur la relation thérapeutique et le processus thérapeutique même. Encore, dans une autre étude, certains participants rapportaient que la vidéoconférence était moins intimidante qu'en face-à-face et qu'ils avaient un plus grand sentiment de contrôle de leur espace (Simpson, Bell, Know & Mitchell, 2005). Ainsi, il se pourrait que pour certains participants, la vidéoconférence présente un avantage dans le sens où la distance établie par le contexte offre un environnement suffisamment sécuritaire pour favoriser le développement d'une alliance thérapeutique et ainsi leur permettre d'exprimer leurs émotions pour lesquelles ils ne se seraient pas sentis à l'aise de le faire lors d'une thérapie traditionnelle en face-à-face (Goldfield & Boachie, 2003).

Conséquemment, pour certains, la vidéoconférence serait un contexte facilitant le développement de l'alliance thérapeutique. Au contraire, dans une autre étude, certains participants se sentaient bizarre d'exprimer leurs émotions à une « télévision » (Mitchell, Myers, Swan-Kremeier, & Wonderlich, 2003). Ainsi, de façon générale, il semble que la vidéoconférence n'empêche pas le développement d'une alliance thérapeutique. Les analyses et rapports des participants de différentes études nous indiquent que le temps de familiarisation pourrait en partie expliquer les scores un peu plus faibles à la rencontre 1, mais qu'après quelques rencontres, la qualité de l'alliance thérapeutique est similaire à celle retrouvée en face-à-face.

Pour ce qui est de notre deuxième questionnaire mesurant la qualité de l'alliance thérapeutique (Échelle de l'Alliance Thérapeutique de Californie), les résultats révèlent essentiellement qu'une bonne alliance thérapeutique s'établit dans les deux conditions et que cette alliance thérapeutique s'améliore avec le temps. Notre deuxième hypothèse soutenait qu'il y aurait une différence significative entre les deux conditions à la sous-échelle *Engagement*. Puisque les résultats ne supportent pas notre hypothèse, nous devons la rejeter. Fait intéressant, il n'y a pas d'effet temps à cette sous-échelle, suggérant qu'un très bon engagement (attachement) est déjà établi dès la rencontre 1 et ce, dans les deux conditions, et que la qualité de cet engagement est stable à travers la thérapie. Il est intéressant de constater que les résultats aux sous-échelles *Relation thérapeutique* de l'IAT et *l'Engagement* à l'ÉACT ne convergent pas, alors que les deux mesures prétendent mesurer la relation thérapeutique. Plus précisément, les deux analyses révèlent qu'un bon attachement est établi dès la rencontre 1 et ce, pour les deux conditions. Néanmoins, les analyses montrent qu'à la sous-échelle *Relation thérapeutique*, cet attachement est quelque peu plus faible en vidéoconférence qu'en face-à-face. Est-ce possible

que l'IAT soit plus sensible à l'évaluation de l'attachement thérapeutique ou que ces résultats permettent simplement de nuancer avec précision les résultats obtenus? Est-ce possible que les résultats à l'IAT soient influencés par la méthode même (cognitivo-comportementale)? Plus précisément, l'approche cognitivo-comportementale en est une directive, qui adresse les buts et les tâches à effectuer en thérapie et surtout, qui adopte une attitude de collaboration avec le client. Ainsi, comme l'IAT mesure directement ces aspects, il est possible de croire que les résultats à l'IAT sont influencés dans une certaine mesure par l'approche même. Encore faudrait-il comparer ces résultats avec d'autres approches afin d'être en position d'affirmer de telles hypothèses. Néanmoins, ce qui importe est que la création d'une bonne alliance thérapeutique est possible et ce, avant la rencontre 5. Comme Horvath (2000) le souligne, l'établissement d'une bonne alliance thérapeutique doit se faire dans les débuts de thérapie, généralement avant la rencontre 5. Si une bonne alliance thérapeutique n'est pas établie par la rencontre 5, la thérapie risque de se terminer prématurément. Afin d'être en mesure de maximiser le potentiel de la création de cette alliance thérapeutique et de l'efficacité thérapeutique, il serait intéressant de suggérer d'augmenter le nombre de sessions lorsque le traitement est administré par vidéoconférence, question de laisser du temps pour la familiarisation avec la technologie ou encore, de tout simplement allouer une période de temps afin de permettre au client, tout comme au thérapeute, de se familiariser avec le fonctionnement de la nouvelle technologie.

Les résultats globaux de cette thèse viennent donc nuancer les craintes de certains auteurs (Gosh et coll., 1997; May et coll., 2001; Simpson et coll., 2005) qui assumaient que la vidéoconférence aller nuire au développement d'une bonne alliance thérapeutique. Plus précisément, ces auteurs soulignaient que l'accord sur les *but*s à atteindre en thérapie et *tâches* à

effectuer en cours de thérapie ne devraient pas être compromis par l'utilisation de la vidéoconférence, alors que la sous-échelle *relation thérapeutique* quant à elle serait peut-être plus encline à être influencée par la technologie même. En effet, tel que mentionné, plusieurs auteurs (Hill, 1997; Wray & Rees, 2003) ont manifesté un scepticisme face à l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir des services psychologiques. Dans une étude exploratoire sur les attitudes des psychologues envers l'utilisation de la vidéoconférence, les psychologues interrogés dans l'étude rapportaient que la thérapie serait moins efficace en vidéoconférence qu'en face-à-face et qu'ils suggéraient qu'uniquement les thérapies structurées et à court terme (p.ex., thérapie cognitivo-comportementale) seraient acceptables pour offrir de la thérapie via la vidéoconférence (Wray & Rees, 2003). Le thème commun d'inquiétude chez les psychologues était comment la vidéoconférence allait négativement nuire au développement d'une bonne alliance thérapeutique. Plus précisément, ils étaient concernés à l'idée qu'il serait difficile pour le psychologue de communiquer sa chaleur, sa compréhension, sa sensibilité et son empathie via la technologie. Enfin, ils étaient beaucoup moins inquiets en ce qui concerne le développement d'une collaboration entre les deux parties et sur l'entente sur les tâches à effectuer et les buts à atteindre. Les résultats de la présente étude devraient rassurer en partie ces inquiétudes, dans le sens qu'ils montrent qu'aucune différence n'est observée sur les tâches, alors que les différences observées aux sous-échelles *relation thérapeutique* et *but*s disparaissent en quelques rencontres et que malgré ces différences passagères, l'alliance thérapeutique est déjà très bonne.

Dans une autre étude, des psychologues devaient évaluer la qualité de l'alliance thérapeutique comme observateur (Rees & Stone, 2005). Les résultats indiquent que les psychologues ayant des attitudes ou des croyances négatives envers la vidéoconférence évaluaient plus sévèrement la qualité de l'alliance thérapeutique par vidéoconférence

comparativement en face-à-face. Fait intéressant, les psychologues de ces études n'avaient aucune expérience avec l'usage de la vidéoconférence en thérapie, ce qui laisse croire que l'attitude influence non seulement l'évaluation de la qualité de la relation thérapeutique, mais nous indique qu'il est important d'amener les psychologues à se familiariser avec cette technologie afin de diminuer les biais envers celle-ci. Enfin, d'autres (Nagel & Yellowlees, 1995) commentent plutôt que la vidéoconférence est un médium qui peut transmettre la chaleur et l'empathie et qui permet la discussion de problèmes sensibles, surtout avec la pratique. En fait, les résultats de la présente étude supportent cette idée et montrent que l'établissement de l'alliance thérapeutique s'effectue et se solidifie graduellement et qu'il est possible d'arriver à en développer une comparable à celle retrouvée à la thérapie traditionnelle, soit en face-à-face. Ces résultats sont donc importants puisqu'ils viennent nuancer et préciser les différences dans la création et l'évolution de l'alliance thérapeutique par vidéoconférence, comparativement à celle retrouvée en face-à-face.

La mesure objective montre une amélioration cliniquement et statistiquement significative après le traitement en vidéoconférence et en face-à-face. Les symptômes du trouble panique avec agoraphobie des participants avaient donc diminués significativement après le traitement. Les analyses ne révèlent aucune différence significative entre les deux modes de thérapie, suggérant que la vidéoconférence permet d'offrir un traitement psychologique à distance efficacement. Ces résultats ne supportent pas notre hypothèse émise selon laquelle il y aurait une différence significative entre les deux conditions, suggérant une meilleure efficacité pour la condition face-à-face. Les résultats de la relance à 12 mois montrent que les gains sont maintenus après 12 mois de la fin de la thérapie. Les analyses de la présente étude et les résultats des études d'efficacité examinées dans la présente thèse démontrent que la vidéoconférence

constitue une alternative intéressante à la thérapie traditionnelle en face-à-face puisqu'elle est au moins tout aussi efficace et présente l'avantage d'améliorer l'accessibilité à un psychologue et présente potentiellement des avantages que la thérapie traditionnelle ne possède pas pour certains individus (p.ex., meilleur sentiment de contrôle, plus confortable de se dévoiler, etc).

Néanmoins, le support empirique de l'équivalence de ces deux modes de traitement est encore en pleine expansion puisque davantage d'études méthodologiquement plus robustes sont requises (p.ex., ajout de conditions témoins). L'apport d'études rigoureuses avec condition témoin et des échantillons de large taille donnerait davantage de confiance envers cette forme de traitement.

Or, il faut se rappeler que les résultats d'études utilisant des méthodologies diverses convergent tout de même pour en montrer son efficacité. Il faut aussi se rappeler que le but premier de l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir des services psychologiques n'était pas de surpasser la thérapie traditionnelle, mais plutôt de pallier à ses désavantages pratiques, plus particulièrement en terme d'accessibilité de services psychologiques. Ainsi, il faut soutenir l'idée que la vidéoconférence constitue une technologie utile, valable et efficace pour offrir de la thérapie à distance pour le trouble panique avec agoraphobie. Or, nous ne savons pas si c'est efficace et tout aussi valable pour d'autres troubles. Enfin, il semble que les appréhensions face à la capacité de développer une bonne alliance thérapeutique et en regard à l'efficacité de la thérapie par vidéoconférence proviennent plutôt des craintes des psychologues mêmes. Les analyses montrent que l'anxiété générée en début de thérapie pour la familiarisation disparaît et laisse place au processus thérapeutique.

En ce qui a trait à la valeur prédictive de l'alliance thérapeutique sur l'efficacité de la thérapie, les résultats ne supportent pas notre hypothèse. En fait, les résultats ont suggéré que l'alliance thérapeutique telle que mesurée par le IAT ne présente aucune valeur prédictive sur

l'efficacité thérapeutique. Notre hypothèse soutenait que l'alliance thérapeutique à la rencontre 5 prédirait les scores de changements sur la mesure d'efficacité (Échelle de Panique et d'Aragophobie de Bandelow). Or, les résultats ont plutôt montré que le changement des cognitions agoraphobiques présentait un pouvoir prédicteur sur l'efficacité thérapeutique. Une analyse tenant compte de l'interaction entre l'alliance et les croyances, comme Rector et coll. (1999) l'ont fait, aurait peut-être fait ressortir le fait qu'il y a une combinaison où l'alliance aide aux changements de croyances. Il est important de noter par contre que ces résultats ne discréditent pas le fait que l'alliance thérapeutique peut contribuer à l'efficacité thérapeutique. Ces résultats semblent plutôt s'inscrire dans la perspective de l'approche cognitivo-comportementale de l'apport de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité thérapeutique. En effet, les tenants de l'approche cognitivo-comportementale considèrent l'alliance thérapeutique comme étant une condition nécessaire, mais non suffisante. Plus précisément, les tenants de cette approche soulignent l'importance de l'alliance thérapeutique, mais ils considèrent l'alliance thérapeutique comme étant une condition facilitant l'implantation des stratégies thérapeutiques (Beck et coll., 1979; Horvath, 2000; Newman, 1998). En ce sens, plusieurs auteurs (Raue & Goldfried, 1994) stipulent qu'il est nécessaire de développer une bonne alliance thérapeutique, mais qu'une fois l'alliance thérapeutique bien établie, d'autres variables entrent en jeu, dont les techniques utilisées. Ces résultats génèrent donc plusieurs hypothèses explicatives en regard aux résultats de la présente étude. Dans un premier temps, l'alliance thérapeutique est très bonne dans les deux conditions et ce, dès le début de la thérapie. Comment expliquer de tels résultats? Est-ce possible que le développement de l'alliance thérapeutique se crée aussi facilement puisqu'elle est influencée par la méthode cognitivo-comportementale même? En fait, la méthode cognitivo-comportementale implique le client dans le processus thérapeutique dès le début en

adoptant une attitude de collaboration avec le client en déterminant les buts à atteindre et les tâches à effectuer. Le client perçoit ainsi une empathie, une compréhension et un engagement de la part du thérapeute. Par conséquent, puisque le client se sent impliqué dans le processus thérapeutique, l'attachement thérapeutique se développe. Une fois l'établissement de liens créé et la familiarisation avec la vidéoconférence effectuée, les stratégies peuvent être implantées et conséquemment, d'autres facteurs prennent plus de place pour expliquer l'efficacité thérapeutique. Il est légitime de se demander si l'alliance thérapeutique n'aurait pas été si forte dès le début, si de tels résultats avaient été observés. Ainsi, on pourrait croire que puisque l'alliance thérapeutique se crée dès le début, et ce pour tous les clients, qu'il est difficile de déterminer sa contribution dans l'efficacité thérapeutique puisqu'une fois établis, d'autres facteurs peuvent prendre plus de place. Le rôle de l'alliance ne serait donc pas linéaire, du moins pour la thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique avec agoraphobie. Ce qui demeure certain est que le développement d'une bonne alliance thérapeutique est nécessaire, même pour l'application de l'approche cognitivo-comportementale puisque le client doit mettre en pratique plusieurs techniques l'amenant à apprivoiser ses peurs et que pour y arriver, il est essentiel d'avoir établi une confiance envers le thérapeute et les techniques enseignées. Enfin, afin d'être en mesure de déterminer la valeur prédictive réelle de l'alliance thérapeutique, il faudrait avoir des conditions dans lesquelles une mauvaise alliance thérapeutique prend place et des conditions dans lesquelles une bonne alliance s'établit et de déterminer la valeur prédictive de celle-ci sur le succès thérapeutique. Mais un tel projet pourrait soulever d'importantes questions éthiques.

En somme, les analyses de la présente étude et la littérature florissante sur l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir de la thérapie indiquent que la qualité de l'alliance thérapeutique

n'est pas compromise pas la vidéoconférence. Sur le plan clinique, ces résultats sont importants puisqu'ils permettent d'avoir des solutions pour remédier aux problèmes d'accessibilité aux services spécialisés afin de traiter les troubles anxieux, en l'occurrence le trouble panique avec agoraphobie. De même, les analyses indiquent qu'une bonne alliance thérapeutique se développe dans les deux conditions, bien que celle-ci soit plus faible à la première rencontre pour la vidéoconférence. Ceci dit, il est important de laisser du temps pour la familiarisation. De même, les analyses nous soulignent l'importance de préparer les clients face à la technologie, en clarifiant ce qui est impliqué et son fonctionnement afin de diminuer les appréhensions face à l'utilisation de la vidéoconférence. À cet effet, Hill (1997) donne des recommandations sur la façon d'introduire les sessions, sur le processus d'entrevue, sur la façon de terminer les entrevues et sur les façons de faire sentir les clients confortables en général. Or, il semble que les psychologues manifestent des craintes vis-à-vis l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir de la thérapie. Il est possible qu'un manque d'expérience alimente ces craintes ou qu'ils n'ont tout simplement pas accès aux études publiées sur la télémédecine. Pourtant les études montrent que l'utilisation de la vidéoconférence ne nécessite pas de développer de nouvelles habiletés ou comportements, à l'exception d'établir une communication à tour de rôle (Capner, 2000). Également, les clients et les psychologues semblent travailler activement en collaboration à compenser les limites que la vidéoconférence peut présenter (Capner, 2000). Également, aucune relation n'a été trouvée entre la satisfaction avec les services de santé présents et l'ouverture face à l'utilisation de la vidéoconférence (Bashshur, Reardon, & Shannon, 2000; Werner, 2004). Ainsi, il semble que les participants aux études voient l'utilisation de la télémédecine comme étant un service complémentaire plutôt que remplaçant le service existant (Bashshur, Reardon, & Shannon, 2000; Werner, 2004). Les résultats de la présente étude montrent donc que les

différentes stratégies utilisées dans l'approche cognitivo-comportementale peuvent être tout aussi bien appliquées par vidéoconférence et avoir le même impact sur les symptômes du trouble panique avec agoraphobie.

Bien que la thèse soulève le problème d'accessibilité aux services spécialisés en régions éloignées, il demeure que plusieurs participants ont opté pour ce mode de thérapie plutôt que la thérapie traditionnelle en face-à-face. Plus précisément, certains participants ont rapporté qu'ils voulaient aller en thérapie, mais que cela les intimidait. Or, lorsqu'ils ont vu la publicité sur notre étude sur l'utilisation de la vidéoconférence, ils ont été intéressés par cette technologie. En fait, ces participants rapportaient se sentir plus à l'aise avec l'idée de faire une thérapie avec ce mode technologique plutôt que de faire une thérapie traditionnelle en face-à-face. Il est donc intéressant de constater que non seulement ce mode de technologie peut remédier des problèmes d'accessibilité, mais peut potentiellement amener des gens aux prises avec des problèmes de santé mentale, à entrevoir des modes de thérapie pouvant répondre à leur besoin.

Bien sûr, la présente thèse présente certaines limites. D'une part, le but d'utiliser la vidéoconférence est d'améliorer avant tout l'accessibilité aux services spécialisés en régions éloignées. Toutefois, les analyses de la présente thèse portent essentiellement sur des participants provenant de la région de Montréal. Dans le même ordre d'idées, les participants n'étaient pas assignés aléatoirement dans les conditions. Ceci dit, les participants sont peut-être différents au début sur des variables non connues. Par exemple, il se peut que les gens d'un milieu urbain soient plus ouverts aux nouvelles technologies, facilitant ainsi une attitude favorable à l'égard de l'utilisation de ce mode de thérapie et conséquemment, contribuant au développement d'une bonne alliance thérapeutique. Dans une situation idéale, il faudrait avoir une assignation aléatoire pour chaque endroit (offrir la possibilité d'avoir la vidéoconférence et

le face-à-face). Il demeure que nous avons une réalité financière qui nous limitait pour les besoins de la thèse. Toutefois, il est essentiel de noter que les participants recevant la thérapie en vidéoconférence dans l'étude de Bouchard et coll. (2004) étaient principalement de régions éloignées (Maniwaki) et que les résultats indiquaient qu'une bonne alliance thérapeutique s'était créée et que la thérapie était efficace. Or, il serait pertinent de faire une étude avec un plus gros échantillon provenant de régions éloignées afin de déterminer si des différences existent entre les deux populations. Dans la même veine, on pourrait mesurer l'attitude des gens à l'égard de la vidéoconférence afin de déterminer si une attitude favorable contribue au développement d'une bonne alliance thérapeutique. Également, il serait intéressant d'explorer dans d'autres études si certains types de personnalité répondent plus favorablement à la vidéoconférence ou si encore, certains troubles psychologiques sont plus indiqués pour ce type de technologie. Dans l'étude, les participants étaient tous volontaires. Ainsi, il faudrait déterminer si cela a un effet sur les résultats obtenus en effectuant une étude offrant le choix aux participants de recevoir la thérapie par vidéoconférence ou en face-à-face.

Les analyses de la présente thèse porte sur un petit échantillon, ce qui représente une limite de la généralisation des résultats. Or, les analyses de puissance montrent que même s'il y avait des différences possibles entre les conditions, celles-ci seraient triviales. Encore une fois, il faut se rappeler que le but premier d'utiliser la vidéoconférence est de pallier les problèmes d'accessibilité aux services spécialisés.

Dans la présente étude, l'auteure a été un des principaux thérapeutes, ce qui peut introduire un biais potentiel. Cela peut constituer un avantage à l'homogénéisation et s'assurer d'une meilleure standardisation du traitement. Néanmoins, nous avons tenté de minimiser l'impact de ce biais en ajoutant d'autres thérapeutes. De même, la mesure d'intégrité nous

réassurance en montrant que le traitement est administré de façon standard et les analyses montrent également qu'aucune différence significative n'est trouvée entre les trois thérapeutes.

Bien que les résultats de la présente étude montrent qu'une bonne alliance thérapeutique se développe et que la thérapie de type cognitivo-comportementale pour le trouble panique est efficace par vidéoconférence, il demeure que nous ne pouvons pas généraliser ces résultats à d'autres problématiques ou à d'autres approches thérapeutiques. Puisque l'étude ne comporte pas de condition témoin, il faudrait refaire l'étude avec une condition témoin afin de valider avec confiance l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale par vidéoconférence. Afin de valider cette technologie, il faudrait aussi effectuer d'autres études sur d'autres problématiques et avec d'autres approches. Également, afin d'augmenter la fréquence de l'utilisation de la vidéoconférence pour offrir des services psychologiques, il serait important de sensibiliser les professionnels de la santé afin qu'eux-mêmes utilisent celle-ci et arrivent à voir qu'il est possible d'utiliser cette technologie afin de pallier aux problèmes d'accessibilité.

Enfin, cette thèse novatrice apporte de l'information nouvelle et fascinante sur les capacités de développer une bonne alliance thérapeutique par vidéoconférence et en face-à-face. L'utilisation de la vidéoconférence pour offrir des services psychologiques permet de diminuer cliniquement et statistiquement les symptômes du trouble panique avec agoraphobie. Cette thèse apporte aussi des éléments d'information sur le processus de développement d'une alliance thérapeutique avec ce mode, comparativement à la thérapie traditionnelle en face-à-face. Bien que les analyses révèlent que cette alliance thérapeutique ne présente aucune valeur prédictive des succès thérapeutiques, nous demeurons convaincus qu'une bonne alliance est nécessaire afin d'implanter des stratégies thérapeutiques telles que l'exposition *in vivo* et l'exposition aux situations agoraphobiques. Si la création d'une bonne alliance thérapeutique n'est pas présente,

il serait effectivement difficile pour les clients d'acquiescer aux demandes du thérapeute d'appliquer les techniques apprises en thérapie dans un contexte hors thérapie afin de maximiser les gains thérapeutiques. En ce sens, il semble que nos prédécesseurs freudiens n'avaient pas tout à fait tort en exprimant l'importance du rôle entre le thérapeute et le client. Enfin, les cliniciens, tout comme les chercheurs, peuvent bénéficier de ces résultats afin d'améliorer l'accessibilité à un traitement psychologique validé empiriquement, et aussi d'améliorer la communication entre les différentes parties impliquées dans un plan de traitement.

Références

- Aarnio, P., Rudenberg, H., Rllonen, M., & Jaatlnen, P. (2000). User satisfaction with teleconsultations for surgery. *Journal of Telemedicine/Telecare*, 6, 237-241.
- Allen, D., & Allen, A. (1994). Teleradiology. *Telemedecine Today*, 2, 21-23.
- American Psychiatric Association, (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4eme éd.). Washington, DC: Auteur.
- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children: Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1996). *Les troubles anxieux et leurs traitements: Analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves*. Ottawa : Santé Canada.
- Baer, L., Cukor, P., & Coyle, J.T. (1997). Telepsychiatry: Application of telemedecine. Dans R.L. Bashur, J.H. Sanders & G.W. Shannon (Eds), *Telemedecine: Theory and practice*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Baer, L., Cukor, P., Jenike, M. A., Leahy, L., O'Laughlen, J., Coyle, J. T. (1995). Pilot studies of telemedicine for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1383-1385.
- Balgent, M.F., Lloyd C.J., Kavaanagh S.J., Ben-Tovim, D.I., Yellowlees P.M., Kalucy, R.S., et al. (1997). Telepsychiatry: 'tele' yes, but what about the 'psychiatry'? *Journal of Telemedicine/Telecare*, 3, 3.

- Ball, C.J., McLaren, P.M., Summerfield, A.B., Lipsedge, M.S., & Watson, J.P. (1995). A comparison of communication modes in adult psychiatry. *Journal of Telemedicine/Telecare*, 1, 22-26.
- Bandelow, B. (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia II. The panic and agoraphobia scale. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 73-81.
- Bandelow, B., Hajak, G., Holzrichter, S., Kunert, H.J., & Rütger, E. (1995). Assessing the efficacy of treatments for panic disorder and agoraphobia. I. Methodological problems. *International Clinical Psychopharmacology*, 10, 83-93.
- Barber, J.P., Connolly, M.B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (6), 1027-1032.
- Barlow, D.H., & Cerny, J.A. (1988). *Psychological Treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Bashshur, R.L., Reardon, T.G., Shannon, G.W, (2000). Telemedicine: A new health care delivery system. *Annals Review Public Health*, 21, 613-637,
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Benecke, Cord, Peham, Doris & Banninger-Huber, Eva (2005). Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 81-90.

- Benschoter, R.A., Wittson, C.L., & Ingham, C.G. (1965). Teaching and consultation by television. *Hospital and Community Psychiatry, 16*, 99-100.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ième éd.). New York: John Wiley & Sons.
- Blackmon, L.A., Kaak, H.O., & Ranseen, J. (1997). Consumer satisfaction with telemedicine child psychiatry consultation in rural Kentucky. *Psychiatric Services, 48* (11), 1464-1466.
- Bordin, E.S. (1976). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training, 16*, 252-260.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of psychoanalytic concept of the working alliance. *psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.
- Bouchard, S., & Cyr, C. (1998). *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique*. Québec: Les Presses de l'Université du Québec.
- Bouchard, S. Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M.-H., & Godbout, C. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Research and Therapy, vol. 34, 3*, 213-224.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Renaud, P., & Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: a control outcome study of telepsychotherapy. *Telemedicine Journal and e-Health. 10*(1), 13-25.
- Bouchard, S., Payeur, R., Rivard, V., Allard, M., Paquin, B., Renaud, P., & Goyer, L. (2000). Cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: Preliminary results. *Cyberpsychology and Behavior, 3* (6), 999-1008.

- Brodey, B.B., Claypoole K.I.I., Motto, J., Arias, R.G., & Goss, R. (2000). Satisfaction of forensic psychiatric patients with remote telepsychiatric evaluation. *Psychiatric Services, 51*, 1305.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 408-418.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: Implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(6), 835-844.
- Buller, R., Winter, P., Amering, M., Katschnig, H., Lavori, P.W., Deltito, J.A. et coll. (1992). Center differences and cross-national invariance in help-seeking for panic disorder: A report from cross-national collaborative panic study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27*, 135-141.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Buxton, W. (1992). Telepresence: Integrating shared task and person spaces. *Proceedings of Graphics Interface, 92*, 123-129.
- Callahan, R.J., Hilty, D.M., & Nesbitt, T.S. (1998). Patient satisfaction with telemedicine consultation in primary care: Comparison ratings of medical and mental health applications. *Telemedicine Journal, 7*, 363-369.
- Capner, M. (2000). Videoconferencing in the provision of psychological services at a distance. *Journal of Telemedicine and Telecare, 6*, 311-319.

- Casey, L.M., Oel, Tian P.S. & Newcombe, P. A. (2005). Looking beyond the negatives: A time period analysis of positive cognitions, negative cognitions, and working alliance in cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Journal of Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 55-68.
- Caspar, Franz, Grossmann, Claudia, Unmussig, Christina & Schramm, Elisabeth (2005). Complementary therapeutic relationship: Therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Journal of Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 91-102.
- Castonguay, L.G., Constantino, M.J., & Newman, M.G. (1998). *Working alliance and client improvement in cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Affiche présentée au 32eme Congrès Annuel de Association for Advancement of Behavior Therapy, 6 Novembre.
- Castonguay, L., Goldfried, M.R., Marvin, N., Wiser, S., Raue, P.J. & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression. A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (3), 497-504.
- Chae, Y.M., Heon-Lee, J., Hee-Ho, S., Ja-Kim, H., Hong-Jun, K., & Uk-Won, J. (2001). Patient satisfaction with telemedicine in home health services for the elderly. *International Journal of Medicine Informatics*. 61, 167-173.
- Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., & Gallagher, R. (1988). Assessment of fear in agoraphobic: The body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chua, R., Craig, J., Wootton, R., Patterson, V. (2001). Randomised controlled trial of telemedicine for new neurological outpatient referrals. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry*, 71, 63-66.

- Clark, D.M., & Salkovskis, P.M. (1987). *Cognitive Treatment for panic attacks: Therapist's manual*. Oxford: Warneford Hospital.
- Clarke, P.H.J. (1997). A referrer and patient evaluation of telepsychiatry consultation-liaison service in South Australia. *Journal of Telemedicine/Telecare*, 3, 12-14.
- Cloutier, A. (2004). Telehealth and Canada: A good fit. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10 (1), 1-2.
- Cohen, J. (1988). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2^{ème} éditions). Hillsdale, NJ: LEA.
- Cohen (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioural sciences* (2^{ième} éditions). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Coryell, W, Endicott, J., Andreason, N. C., Keller, M. B., Clayton, P. J., Hirschfeld, R. M. A., Scheftner, W. A, & Winokur, G. (1988). Depression and panic attacks: The significance of overlap as reflected in follow-up and family study data. *American Journal of Psychiatry*, 145, 293-300.
- Cowain, T. (2000). Cognitive-Behavioural therapy via videoconferencing to a rural area. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 62-64.
- Crits-Christoph, P., & Connolly, M.B. (1999). Alliance and technique in short-term dynamic therapy. *Clinical Psychology Review*, 19, 687-704.
- D'Souza, R. (1999). Telemedicine for intensive support of psychiatric inpatients admitted to local hospitals. *Telemedicine 99 Conference Proceeding*, 26-28.

- Davis, M.C. (1997). Teleradiology in rural imaging centres. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5, 146-153.
- Day, S.X. (1999). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Digital dissertations, AAR9953001*.
- Day, S.X., & Schneider, P.L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology*, vol 49(4), 499-503.
- Deitsch, S.E., Frueh, B. C., & Santos, A. B. (2000). Telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 184-186.
- DeRubeis, R.J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- de Beurs, E. (1993). *The assessment and treatment of panic disorder and agoraphobia*. Amsterdam: Thesis publishers.
- de Ruiter, C., Rijken, H., Garssen, B., van Schail, A., & Kraaimat, F. (1989). Comorbidity among the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 57-68.
- Dongier, M., Tempier, R., Lalinéc-Michaud, M., & Meunier, D. (1986). Telepsychiatry: psychiatric consultation through two-way television. A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 32-34.
- Dossetor, D.R., Nunn, K.P., Fairley, M. & Eggleton, D. (1999) A child and adolescent psychiaTric outreach service for rural New South Wales: A telemedicine pilot study. *Journal of Pediatric Surgery*, 34, 137-142.
- Doze, S., Simpson, J., Hailey, D., & Jacobs, P. (1999). Evaluation of a telepsychiatry pilot project. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5, 38-46.

- Dwyer, P., Hagerman, V., Ingram, C.-A., MacFarlane, R., & McCourt, S. (2004). Atlantic telehealth knowledge exchange. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10, 1, 93-101.
- Dwyer, T. F. (1973). Telepsychiatry: psychiatric consultation by interactive television. *American Journal of Psychiatry*, 130 (8), 865-869.
- Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25, 536-542.
- Elford, R., White, H., Bowering, R., Ghandi, A., Maddigan, B., St John, K., et al. (2000). A randomized controlled trial of child psychiatric assessments conducted using videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 73-82.
- Elford, D.R., White, H., St John, K., Maddigan, B., Ghandi, M. & Bowering, R. (2001). A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7, 73-81.
- Feeley, M., DeRubeis, R.J., & Gelfrand, L.A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), 578-582.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fitzpatrick, M. R., Iwakabe, S. & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Journal of Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 69-79.
- Follette, W.C., Naugle, A.E., & Callaghan, G.M. (1996). A radical behavioral understanding of therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.

- Frank, A. F., & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 228-236.
- Freud, S. (1958). *On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis*. London: Hogarth Press (publié en version originale en 1913).
- Frueh, B. Christopher, Monnier, Jeannine, Elhai, Jon D., Grubaugh, Anouk L., & Knapp, Rebecca G. (2004). Telepsychiatry treatment outcome research methodology: Efficacy versus effectiveness. *Telemedicine Journal and e-Health*, *10*, (4), 455-459.
- Galassi, F., quercioli, S., Charismas, D., Niccolai, V., & Barciulli, E. (2007). Cognitive-behavioral group treatment for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(4), 408-416.
- Gaston, L. (1990). The concept of alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, *27*, 143-153.
- Gaston, L. (1991). Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales. *Psychological Assessment*, *3*, 68-74.
- Gaston, L., Piper, W.E., Debbane, E.G., Bienvenu, J.-P., & Garant, J. (1994). Alliance and technique for predicting outcome in short-term and long-term analytic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *4* (2), 121-135.
- Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L.-G, & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interaction in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, *8* (2), 190-209.
- Gelso, C.J., & Carter, J.A. (1985). The relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences, and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist*, *13*, 155-243.

- Ghosh, G. J., McLaren, P. M., & Watson, J. P. (1997). Evaluating the alliance in videolink teletherapy. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 3, 33-35.
- Gitleson, M. (1962). The curative functions in psychotherapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 194-205.
- Glueckauf, R.L., Hufford, B., Whitton, J., Baxter, J., Schneider, P., Kain, J., & Vogelgesang, S. (1999). Telehealth: Emerging technology in rehabilitation and health care. Dans M. G. Eisenberg, R. L., Glueckauf, & H. H. Zaretsky (eds), *Medical aspects of disability: A handbook for the rehabilitation professional*. New York: Springer.
- Glueckauf, R.L., Whitton, J., Baxter, J., Kain, J., Vogelgesang, S., Hudson, M., & Writh, D. (1998). Videocounseling for families of rural teens with epilepsy: Project update. TeleHealthNews [on-line], <http://cybertowers.com/ct/telehealth>
- Goisman, R.M., Warshaw, M.G., Peterson, L.G., Rogers, M.P., Cueno, P., Hunt, M.F., Tomlin-Albanese, J.M., Kazim, A., Gollan, J.K., Epstein-Kaye, T., Reich, J.H., & Keller, M.B. (1994). Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia: Data from a multicenter anxiety disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 72-79.
- Goldfield, G.S., & Boachie, A. (2003). Delivery of family therapy in the treatment of anorexia nervosa using telehealth. *Telemedicine Journal and e-Health*, vol.9, 1, 111-114.
- Goldfried, M.R., & Davidson, G.C. (1976). *Clinical behavior therapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Grealish, A., Hunter, A., Glaze, R., & Potter, L. (2005). Telemedicine in a child and adolescent mental health service: participants' acceptance and utilization. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11(suppl.1), 53-55.

- Greenson, R.R. (1965). The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanalysis Quarterly*, 34, 155-181.
- Greenson, R.R. (1969). The origin and fate of new ideas in psychoanalysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 50 (4), 503-515.
- Grigsby, J. (1997). Telemedicine in the United States. Dans R.L. Bashur, J.H. Sanders, & G.W. Shannon (Eds), *Telemedicine: Theory and practice* (pp.265-290). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Grigsby, B., & Brown, N. (1999). Report on US telemedicine activity. *American Telemedicine Services Providers*.
- Grigsby, J., Schlenker, R., Kaehny, M., Shaughnessy, P., & Sandberg, E. (1995). Analytic framework for evaluation of telemedicine. *Telemedicine Journal*, 1, 31-39.
- Grunhaus, L., Pande, A. C., Morton, B. B., & Greden, J. F. (1994). Clinical characteristics of patients with concurrent major depressive disorder and panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 541-546.
- Guilfoyle, C., Wootton, R., Hassall, S., Offer, J., Warren, M., & Smith, D. (2003). Preliminary experience of allied health assessments delivered face to face and by videoconference to a residential facility for elderly people. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 9, 230-233.
- Gustke, S. S., Balch, D. C., West, V. L., & Rogers, L. O. (2000). Patient satisfaction with telemedicine. *Telemedicine Journal*, 6 (1), 5-13.
- Haas, L.J., Benedict, J.G., & Kobos, J.C. (1996). Psychotherapy by telephone: Risks and benefits for psychologists and consumers. *Professional Psychology: Research and Process*, 27, 154-160.

- Hailey, D., & Jennett, P. (2004). The need for economic evaluation of telemedicine to evolve: The experience in Alberta, Canada. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10, 1, 71-76.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurological and Neurosurgical Psychiatry*, 23, 56-61.
- Haslam, R., & McLaren, P. (2000). Interactive television for an urban adult mental health service: The Guy's psychiatric intensive care unit telepsychiatry project. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 50-52.
- Helgesson, A., Johansson, U-B., Walther-Stenmark, K., Eriksson, J., Strömngren, M., & Karlsson, R. (2005). Coordinated care planning for elderly patients using videoconferencing. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11, 85-92.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, S. F., & Binder, J. L. (1993). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- Henry, W.P., & Strupp, H.H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. Dans A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp.51-84)). New York: Wiley.
- Henry, W.P., Strupp, H.H., Schacht, T.E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. Dans A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change, 4eme Édition* (pp. 467-508). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hentschel, U. (2005). Therapeutic alliance: The best synthesizer of social influences on the therapeutic situation? On links to other constructs, determinants of its effectiveness, and its role for research in psychotherapy in general. *Journal of Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 9-23.

- Hill, S. *Lessons from the Australian experience: Stage one interim report of the telemedicine evaluation project*. Melbourne: Centre for the study of clinical practice, St Vincent's Hospital.
- Hilsenroth, M.J., Ackerman, S. J., Clemence, A. J., Strassle, C. G. & Handler, L., (2002). Effects of Structured Clinician Training on Patient and Therapist Perspectives of Alliance Early in Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory/Research/Practice/Training*, 39 (4), 309-323.
- Himle, J.A., Fischer, D.J., Muroff, J.R., Van Eten, M.L., Lokers, L.M., Abelson, J.L., & Hanna, G.L. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1821-1829.
- Hjelm, N.M. (2005). Benefits and drawbacks of telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 11, 60-70.
- Horvath, A.O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to outcome*. Unpublished doctoral dissertation, University of British Columbia, Vancouver, Canada.
- Horvath, A.O. (1982). *Working Alliance Inventory (Revised)*. Unpublished manuscript No. 82.1, Simon Fraser University.
- Horvath, A.O. (1994). Research on the alliance. Dans A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 259-287). New York: Wiley.
- Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Psychotherapy and Practice*, 56 (2), 163-173.
- Horvath, A.O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Journal of Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 3-7.

- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. Dans L. Greenberg & W. Pinsof (Eds), *The psychotherapy process: A research handbook* (pp.529-556). New York: Guilford.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). The development and validation on the Working Alliance Inventory. *Journal of Counselling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research and practice*. Oxford: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561-573.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Houston, M., Myers, J., Levens, McEvoy, T., Smith, S., Khadheria, B., & Coll. (1999). Clinical consultations using store-and-forward telemedicine technology. *Mayo Clinic Proceedings*, 74, 764-769.
- Howard, K.I., Orlinsky, D.E., Saunders, S.M. (1991). Northwestern University-University of Chicago Psychotherapy Research Program. Dans Beutler, L.E. & Crago, M., *Psychotherapy research: An international review of programmatic studies*. (pp.65-74). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hufford, B.J., Glueckauf, R.L., & Webb, P.M. (1999). Home-based, interactive videoconferencing for adolescents with epilepsy and their families. *Rehabilitation Psychology*, 44, 1-18.

- Jennett, P., Jackson, A., Ho, Kendall, H., T., Kazanjian, A., Woollard, R., Haydt, S., & Bates, J. (2005). The essence of telehealth readiness in rural communities: An organizational perspective. *Telemedicine Journal and e-Health, 11* (2), 137- 145.
- Jennett, P.A., Person, V.L.H., Watson, M., & Watanabe, M. (2000). Canadian experiences in telehealth: Equalizing access to Quality Care. *Telemedicine Journal and e-Health, 6* (3), 367-371.
- Jennett, P.A., Scott, R.E., Affleck Hall, L., Hailey, D., Ohinmaa, A., Anderson, C., Thomas, R., Young, B., & Lorenzetti, D. (2004). Policy implications associated with the Socioeconomic and Health system impact of telehealth: A case study from Canada. *Telemedicine Journal and e-Health, 10* (1), 77-83.
- Jerome, L.W., DeLeon, P.H., James, L.C., Folen, R., Earles, J., & Gedney, J.J. (2000). The coming of age of telecommunication in psychological research and practice. *American Psychologist, 51*, 407-421.
- Kaplan, E.H. (1997). Psychotherapy by telephone, videotelephone, and computer videoconferencing. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 6* (3), 227-237.
- Kashani, J. H., & Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry, 147*, 313-318.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H., Rosenberg, T. K., & Reid, J. C. (1989). Psychopathology in a community sample of children and adolescents: A developmental perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 28*, 701-706.
- Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Schaap, C. P. D. R. (1994). Prognostic factors in the behavioral treatment of panic disorder with ou without agoraphobia. *Behavior Therapy, 25*, 689-708.

- Kennedy, C., & Yellowlees, P. (2000). A community-based approach to evaluation of health outcomes and costs for telepsychiatry in a rural population: Preliminary results. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 155-157.
- Key, P. (1997). Counselor nets new clients with on-line service. Indianapolis Star/News [online] <http://www.metanoia.org/imhs/indiana.htm>
- Kirkwood, K.T., Peck, D.F., & Bennie, L. (2000). The consistency of neuropsychological assessments performed via telecommunication and face to face. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 147-151.
- Koerner, N., Dugas, M.J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., & Marchand, A. (2004). The economic burden of anxiety disorders in Canada. *Canadian Psychology*, 45, 191-201.
- Krupinski, E., Nypaver, M., Poropatich, R., Ellis, D., Safwat, R., & Sapci, H.. (2002). Clinical applications in Telemedicine/Telehealth. *Telemedicine Journal and e-Health*, 8 (1),13-34.
- Kvedar, J., Menn, E., Baradagunta, S., Smulders-Meyer, O., & Gonzalez, E. (1999). Teledermatology in a capitated delivery system using distributed information architecture: Design and development. *Journal of Telemedicine*, 5, 357-366.
- Lazarus, A.A. (1989). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Lee, J.H., Kim, J.H., Jhoo, J.H., Lee, K.U., Kim, K.W., Lee, D.Y., et al. (2000). A telemedicine system as a care modality for dementia patients in Korea. *Alzheimer Disorder Association*, 14, 94-101.
- Liebson, E. (1997). Telepsychiatry: Thirty-five years experience. *Medscape Mental Health*, 2 (7), 1.

- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. Dans J.L. Cleghorn (eds), *Successful psychotherapy* (pp.92-116). New York: Bruner/Mazel.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. Dans A.O. Horvath, & L.S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp.38-50). New York: Wiley.
- Luborsky, L. (2000). A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. *Journal of Psychotherapy Research*, 10 (1), 17-29.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P., & Auerbach, A. (1985). Therapeutic success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Lydiard, R. B., & Brawman-Mintzer, O. (1998). Anxious depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(suppl. 18), 10-17.
- Magaletta, P.R., Fagan, T.J., & Ax, R.K. (1998). Advancing psychology services through telehealth in the federal bureau of prisons. *Professional Psychology Research Practice*, 29, 543-548.
- Magaletta, P.R., Fagan, T.J., & Peyrot, M.F. (2000). Telehealth in the federal bureau of prisons; Inmates' perceptions. *Professional Psychology Research Practice*, 31, 497-502.
- Maheu, M., & Gordon, B. (1997). Preparing for the 21st century: *Psychological telehealth today*. Symposium présenté au congrès de American Psychological Association, Chicago, IL.
- Manchanda, M., & McLaren, P. (1998). Cognitive behavior therapy via interactive video. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 4, 53-55.

- Mannion, L., Fahy, T.J., Duffy, C., Broderick, M., & Gethins, E. (1998). Telepsychiatry: an island pilot project. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 4, 62-63.
- Margraf, J., Barlow, D.H., Clark, D.M., & Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1-8.
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1989). Therapeutic alliance and outcome in behavioral, cognitive, and brief dynamic psychotherapy in late-life depression, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 464-472.
- Marmar, C.R., Horowitz, M.J., Weiss, D.S., & Marziali, E. (1986). The development of the therapeutic alliance rating system. Dans L.S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 367-390). New York: Guilford Press.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California Therapeutic Alliance Rating System, *Psychological Assessment*, 1, 46-52.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-Analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 438-450.
- May, C., Gask, L., Atkinson, T., Ellis, N., Mair, F., Esmail, A. (2001). Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Social Sciences Medicine*, 52, 1889-1901.
- McKeon-Charkalis, D. (1997). The web can be a link to your shrink. USA Today: Health [online] <http://metanoia.org/imhs/usatoday.htm>.

- McLaren, F.M., Blunden, J., Lipsedge, M.L. & Summerfield, A.B. (1996). Telepsychiatry in a inner-city community psychiatric service. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2, 57-59.
- Menon, A.S., Kondapavalru, P., Krishna, P., Chrismer, J.B., Raskin, A., Hebel, J.R., et coll., (2001). Evaluation of a portable low cost videophone system in the assessment of depressive symptoms and cognitive function in elderly medically ill veterans. *Journal of Nervous Mental Disorder*, 189, 399-401.
- Mielonen, M.-L., Ohinmaa, A., Moring, J., & Isohanni, M. (1998). The use of videoconferencing for telepsychiatry in Finland. *Journal of Telemedecine and Telecare*, 4, 125-131.
- Mielonen, M.-L., Ohinmaa, A., Moring, J., & Isohanni, M. (2000). Psychiatric inpatient care planning via telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 152-157.
- Mitchell, J. E., Myers, T., Swan-Kremeier, L., & Wonderlich, S. (2003). Psychotherapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine. *European Eating Disorders Review*, 11, 222-230.
- Montani, C., Billaud, N., Tyrrell, J. Pluchaire, I., Malterre, C., Lauvernay, N., et al. (1997). Psychological impact of a remote psychometric consultation with hospitalized elderly people. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 3, 140-145.
- Muran, J.C., Safran, J.D., Samstag, L.W., Gorman, B.S., Twining, L., & Winston, A. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4), 651-657.
- Nagel, T., & Yellowlees, P. Telemedecine in the top end. *Australian Psychiatry*, 3, 137-139.

- Nathan, P.E., & Gorman, J.M. (1998). *A guide to treatments that work*. New York: Oxford University Press.
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short-term cognitive therapy. Dans Safran J. D. & J. C. Muran (Eds), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*. (pp.95-122), Washington, DC: American Psychological Association.
- Nickelson, D.W. (1996). Behavioral telehealth: Emerging practice, research, and policy opportunities. *Behavioral Sciences and the Law*, 14, 443-457.
- Oei, T.P.S., Llamas, M., & Devilly, G.J. (1999). The efficacy and cognitive processes of cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder with agoraphobia, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 63-88.
- Orlinsky, D. E., Graw, D. E., & Parks, B. K. (1994). Process and outcomes in psychotherapy. Dans A. E. Bergin & S. L. Garfield. *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4ieme édi.). Toronto: Wiley & Sons.
- Orlinsky, D.E., & Howard, K.I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. Dans S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3e Eds), (pp. 270-376). New York: Wiley.
- Perednia, D. (1995). Telemedicine system evaluation and a collaborative model for multi-centred research. *Journal Medicine System*, 19, 287-294.
- Pesämaa, L., Ebeling, H., Kuusimäki, M.-L., Winblad, I., Isohanni, M., & Moilanen, I. (2004). Videoconferencing in child and adolescent telepsychiatry: a systematic review of the literature. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 10, 187-192.
- Pollack, M. H., Otto, M. W., Rosenbaum, J. F., Sachs, G. S., O'Neil, C., Asher, R., & Meltzer-Brody, S. (1990). Longitudinal course of panic disorder: Findings from The

- Massachusetts General Hospital Naturalistic Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (suppl. A), 12-16.
- Raue, P.J., & Goldfried, M.R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. Dans A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds), *The working alliance: Theory, research, and practice*, (pp. 131-152). New York: Wiley.
- Raue, P.J., Goldfried, M.R., & Barkham, M. (1997). The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (4), 582-587.
- Rector, N.A., Zuroff, D.C., & Segal, Z.V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: The role of technical and non-technical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy*, 36 (4), 320-328.
- Rees, C.S. & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 36, 6, 649, 653.
- Reid, D.S., Weaver, L.E., Sargeant, J.M., Allen, M.J.M., Marson, W.F., Klotz, P.J., et coll. (1998). Telemedicine in Nova Scotia: Report of a pilot study. *Telemedicine Journal*, 4, 249-258.
- Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 22, 95-103.
- Rogers, M., Small, D., Buchan, D., Butch, C., Stewart, C., Krenzer, B., & coll. (2001). Home monitoring service improves mean arterial pressure in patients with essential hypertension. *Annals International Medicine*, 134, 1024-1032.

- Ruskin, P. E., Silver-Aylaian, M., Kling, M. A., Reed, S. A., Bradham, D. D., Hebel, J. R., Barrett, D., Knowles, F., & Hauser, P. (2004). Treatment outcomes in depression: Comparison of remote treatment through telepsychiatry to in-person treatment. *The American Journal of Psychiatry*, *161* (8), 1471-1476.
- Ruskin, P. E., Reed, S., Kumar, R., Kling, M. A., Seigel, E., Rosen, M., & Hauser, P. (1998). Reliability and acceptability of psychiatric diagnoses via telecommunication and audiovisual technology. *Psychiatry Services*, *49*, 1086-1088.
- Rumpold, G., Doering, S., Smrekar, U., Schubert, C., Koza, R., Schatz, D., et coll. (2005). Changes in motivation and the therapeutic alliance during a pretherapy diagnostic and motivation-enhancing phase among psychotherapy outpatients. *Journal of Psychotherapy Research*, *15* (1-2), 117-127.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMains, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as therapy event for empirical investigation, *Psychotherapy*, *27*, 154-165.
- Safran, J. D., & Segal, Z., V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books, Inc.
- Safran, J.D., & Wallner, L.K. (1991). The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*, 188-195.
- Salzman, C., Goldenberg, I., Bruce, S. E., & Keller, M. B. (2001). Pharmacological Treatment of anxiety disorders in 1989 versus 1996: Results from the Harvard/Brown anxiety disorders research program. *Journal of Clinical Psychiatry*, *62*, 149-152.
- Santé Canada. (1996). *Les troubles anxieux et leur traitement: Analyse critique de la littérature sur Les traitements fondés sur des preuves*. Ottawa: Santé Canada.

- Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D.H. (1990). Syndrome comorbidity inpatients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 308-312.
- Saunders, S.M., Howard, K.I., Orlinsky, D.E. (1989). The Therapeutic Bond Scales: Psychometric Characteristics and relationship to treatment effectiveness. *Psychological Assessment, 1*(4), 323-330.
- Schmidt, U. (2003). Getting technical. *European Eating Disorders Review, 11*(3), 147-154.
- Schneider, P. L. (2000). *A comparison of outcome variables in psychotherapy: Distance technology versus face-to-face*. Thèse de doctorat.
- Schopp, L., Johnstone, B., & Merrell, D. (2000). Telehealth and neuropsychological assessment: New opportunities for psychologists. *Professional Psychology Research Practice, 31*, 179-183.
- Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A. & Tommeras, E. (2005). Building an alliance; Early therapy process and the client-therapist connection. *Journal of Psychotherapy Research, 15* (1-2), 103-116.
- Shear, K.M., & Maser, J.D. (1994). Standardized assessment for panic disorder research. A conference report. *Archives of General Psychiatry, 51*, 346-354.
- Simon, G., Ormel, J., VonKorff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry, 152*, 352-357.
- Simpson, S. (2001). The provision of a telepsychology service to Shetland: client and therapist satisfaction and the ability to develop a therapeutic alliance. *Journal of Telemedicine and Telecare, 7* (suppl.), 34-36.

- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *12*, 156-165.
- Sleek, S. (1997). Providing therapy from a distance: Video conferencing helps practitioners maintain strong relationships with patients they can't see regularly, *APA Monitor*, *28* (8), 1.
- Steketee, G., & Shapiro, L. J. (1995). Predicting behavioral treatment outcome for agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, *15* (4), 317-346.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy: *International Journal of Psycho-Analysis*, *15*, 117-126.
- Straker, N., Mostyn, P., & Marshall, C. (1976). The use of two-way TV in bringing mental health services to the inner city. *American Journal of Psychiatry*, *133*, 1202-1205.
- Strupp, H. (1993). The Vanderbilt Psychotherapy Studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 431-433.
- Swinson, R.P., Cox, B., J., Kerr, S.A., Kuch, K., & Fergus, K.D. (1992). A survey of anxiety disorders clinics in Canadian hospitals. *Canadian Journal of Psychiatry*, *37*, 188-191.
- Swinson, R.P., Cox, B.J., & Woszczyzna, C.B. (1992). Use of medical services and treatment for panic disorder with agoraphobia and social phobia. *Canadian Medical Association Journal*, *147*, 878-883.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (1996). *Using multivariate statistics* (2e Eds). New York: Harper & Row.
- Tang, W.K., Chiu, H., Woo, J., Hjelm, M., & Hui, E. (2001). Telepsychiatry in psychogeriatric service: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*, 88-93.

- Tichenor, V., & Hill, C. (1989). A comparison of six measures of the working alliance. *Psychotherapy, 26*, 195-199.
- Tracey, T.J., & Kokotovic, A.M. (1989). Factor structure of the working alliance inventory. *Psychology Assessment, 1*(3), 207-210.
- Urness, D. A. (1999). Evaluation of a Canadian telepsychiatry service. *Studies in Health and Informatics, 64*, 262-269.
- VandenBos, G.R., & Williams, S. (2000). The internet versus the telephone service: What is telehealth, anyway? *Professional Psychology: Research and Practice, 31*, 490-492.
- Warshaw, M. G., Keller, M. B., & Stout, R. L. (1994). Reliability and validity of the longitudinal interval follow-up evaluation for assessing outcome of anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research, 28*, 531-545.
- Watson, J. & Galler, S. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Research, 15* (1-2), 25-33.
- Weissman, N. M., & Merikangas, K. R. (1986). The epidemiology of anxiety and panic disorders: An update. *Journal of Clinical Psychiatry, 47*, 11-17.
- Werner, P. (2004). Willingness to use telemedicine for psychiatric care. *Telemedicine Journal and e-Health, vol. 10, 3*, 286-293.
- Wettersten, K. B., Lichtenberg, J. & Mallinckrodt, B. (2005). Associations between working alliance and outcome in Solution-Focused Brief Therapy and brief Interpersonal therapy. *Journal of Psychotherapy Research, 15* (1-2), 35-43.

- Williams, T.L., May, Carl R., & Esmail, A. (2001). Limitations of Patient satisfaction studies in telehealthcare: A systematic review of the literature. *Telemedicine Journal and e-Health*, 7, (4), 293-297.
- Wilson, G. T., & Evans, I. M., (1977). The therapist-client relationship in behavior therapy. Dans A.S. Gurman & A.M. Razin (Eds), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp.544-565). New York: Pergamon Press.
- Wittchen, H.U. (1998). Recognition and management of anxiety syndromes. *British Journal of Psychiatry*, 173 (Suppl.34), 1-3.
- Wittchen, H.U., & Beloch, E. (1996). The impact of social phobia on quality of life. *International Clinical Psychopharmacology*, 111 (Suppl. 3), 15-23.
- Wittson, C.L., Affleck, D.C., & Johnson, V. (1961). Two-way television in group therapy. *Mental Hospital*, 12, 22-23.
- Wittson, C. L., & Benschoter, R. (1972). Two-way television: Helping the medical center reach out. *American Journal of Psychiatry*, 129(5), 136-139.
- Wolfe, B. E., & Goldfried, M. R. (1988). Research on psychotherapy integration: Recommendations and conclusions from an NIMH workshop. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 448-451.
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy, 4eme Edition*. New York: Pergamon Press.
- Wray, B.T., & Rees, C.S. (2003). *Is there a role for videoconferencing in cognitive-behavioral therapy?* Paper presented at the 11th Australian Association for Cognitive and Behavior Therapy State Conference, Perth, Western Australia, Australia.

Zarate, C. A., Weinstock, L., Cukor, P., Morabito, C., Leahy, L., Burns, C., & Baer, L. (1997).

Applicability of telemedicine for assessing patients with schizophrenia: Acceptance and reliability. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 , 22-25.

Zaylor, C. (1999). Clinical outcome of telepsychiatry. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 5, 159-160.

Zetzel, E.R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

ANNEXE A

PROJET EN VIDÉOCONFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DU TPA

Manuel du thérapeute*

Afin de faciliter l'inclusion de la méthodologie de cette étude à la thérapie, vous trouverez ci-joints les documents suivants:

- ✓ Le plan des 12 sessions de thérapie incluant les procédures relatives à l'étude
- ✓ Les documents nécessaires pour chacune des sessions

Veillez suivre intégralement (dans la mesure du possible) les documents ci-joints afin d'assurer que tous les thérapeutes utilisent le même protocole. Suite à chaque session de thérapie, veuillez rédiger une note évolutive (1 page) résumant les objectifs et le déroulement de la session. Vous devez signer cette note et la classer dans le dossier du client. Finalement, veuillez envoyer une copie de cette note aux archives de l'hôpital du client par fax (voir la feuille des coordonnées de chaque site).

Légende:

TPA: Trouble panique avec agoraphobie

TCC: Thérapie cognitive-comportementale

 : Document à remettre au client



: Procédures importantes reliées à l'étude

Documents à remettre au client:

Comme la thérapie s'effectue à distance, les documents ne peuvent être remis en personne au client. Pour contrer cette limite, tous les sites

comprennent une boîte à document sous la télévision réservée à la vidéoconférence. Vous n'avez qu'à demander au client de se les procurer à cet endroit.

* Note: L'utilisation du masculin vise uniquement à alléger le texte.

Chaque document est clairement indiqué sur des dossiers de couleur:

: Documents reliés aux séances de thérapie:

- ✓ Document "L'anxiété" (rencontre #1)
- ✓ Document "Modèle" (rencontre #1)
- ✓ Document "Restructuration cognitive" (rencontre #2)
- ✓ Document "L'exposition" (rencontre #6)
- ✓ Document "Maintien des gains" (rencontre #12)

Rouge: Documents reliés aux devoirs:

- ✓ Devenez votre propre psy - I (rencontre 2)
- ✓ Devenez votre propre psy - II (rencontres 3 à 11)

Bleu: Questionnaires reliés à l'étude:

- ✓ Rencontre 1
- ✓ Rencontre 5
- ✓ Rencontre 12

IMPORTANT: Sur les questionnaires, le client doit inscrire son **numéro de dossier** immédiatement (deux premières lettres du prénom et nom de famille - p.ex. Stéphane Bouchard = STBO) afin d'éviter toute confusion lors de la réception.

Pour toute question concernant ces procédures, n'hésitez pas à communiquer avec Micheline Allard, au: (819) 776-8045, par fax: (819) 776-8098 ou par courriel à: Micheline.Allard@hotmail.com

**PROJET EN VIDÉOCONFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DU TPA
Manuel du thérapeute**




Objectif :

- ★ Créer un premier contact avec le client.
- ★ Présenter la conceptualisation, le cadre théorique de la TCC
- ★ Décrire les diverses modalités de la TCC dans l'application du traitement.

Note: Il n'est pas nécessaire d'appliquer des stratégies thérapeutiques durant la première rencontre.

Contenu :

 **IMPORTANT:** Vérifier avec le client s'il a complété et envoyé les questionnaires (**pré-traitement**) que l'évaluateur(trice) lui a remis lors de la rencontre d'évaluation. Sinon, le client doit les envoyer avant votre prochaine rencontre.

16- Brève description du fonctionnement du programme thérapeutique :

- a) exigences (efforts, discipline, centré sur le TPA, etc.).
- b) durée du traitement et des séances : 12 séances hebdomadaires de 60 minutes chacune
- c) l'importance de mettre en application dans son quotidien les acquis en thérapie

17- Présenter la conceptualisation (TCC) et initier le client au concept de l'anxiété:


- ☞ Remettre le document de « ».

18- Illustrer le rôle des perceptions et de l'évitement dans la dynamique de l'anxiété:

- a) utiliser le modèle A-B-C (Ellis) pour illustrer comment les pensées influencent les émotions.
- b) exemple de la branche (interprétation).
- c) exemple du chien (évitement).

d) Description du modèle de Clark (1986):

- ☞ Remise du document « » (le modèle de Clark se trouve dans le document).

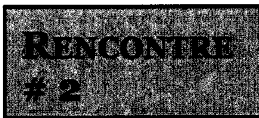
 **IMPORTANT:** Remettre les questionnaires prévus suite à la rencontre 1. Demander au client d'écrire immédiatement son numéro de dossier sur la première page (2 premières lettres du prénom et du nom de famille).

Devoir :

- a) Répondre à la question suivante : comment le modèle (Clark, 1986) du T.P.A. s'applique à ce que je vis.
- b) Effectuer un résumé des éléments abordés au cours de la première rencontre.
- c) Lire les documents traitant du modèle de Clark et celui sur l'anxiété.

PROJET EN VIDÉOCONFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DU TPA

Manuel du thérapeute



Objectifs :

- ★ Vérifier la compréhension du rationnel du traitement et du modèle de Clark (1986).
- ★ Utiliser les exemples provenant du vécu du participant et les analyser à la lumière du modèle A-B-C.
- ★ Renforcer les apprentissages du client.

Contenu :

- 1- **Vérifier si le client a rédigé son résumé et son devoir:**
 - Demander au client d'expliquer comment la logique du modèle de Clark (1986) s'applique à lui.

- 2- **Reprendre le rationnel du modèle A-B-C à partir des expériences tirées du vécu du client et identifier les problèmes potentiels pour le client:**
 - Aborder les attaques de panique nocturnes.
 - ↳ Exemples : Ton nom dans un party (le biais de l'attention sélective).

- 3- **Présenter le document sur la « restructuration cognitive »:**
 - a) expliquer et illustrer à l'aide d'exemples l'importance d'identifier les pensées (croyances).
 - ↳ Remettre le document « »

 - b) Travailler sur la section «identification des pensées».

 - c) rappeler comment la pensée influence la perception des événements.
 - ↳ Remettre la feuille "Devenez votre propre psy - I"

Devoir :

- 1- Remplir le tableau à trois colonnes «Devenez votre propre psy - I» durant la semaine suivante en incluant un minimum de deux

situations par jour. Ce tableau doit contenir :

- a) la description de la situation d'anxiété;
- b) l'identification des émotions et estimation du niveau d'intensité en terme de pourcentage;
- c) l'identification des pensées survenues lors de la situation anxiogène et estimation du niveau d'intensité en terme de pourcentage.

2- Effectuer un résumé des apprentissages effectués au cours de la séance.

3- Lecture des documents distribués lors de la séance.

4- Faire un graphique de la fréquence des attaques de panique afin que les sujets puissent la visualiser.

PROJET EN VIDÉOCONFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DU TPA

Manuel du thérapeute



Objectifs :

- ★ Identifier les pensées supportant la dynamique du trouble panique.
- ★ Appliquer les techniques de restructuration cognitive sur les sensations physiologiques.

Contenu :

- 1- **Voir si le client a fait son résumé et son devoir:**
 - a) aborder les problèmes reliés à l'exécution du devoir.
 - b) renforcer les progrès. Voir à ce que le client se renforce lui-même.
- 2- **Utiliser les exercices effectués à partir du tableau à trois colonnes:**
 - ↳ pour s'assurer de la compréhension du client face à l'influence de la pensée sur les émotions et les sensations physiques.
- 3- **Appliquer les différentes techniques de restructuration sur les croyances:**
 - décrire au client les techniques visant à changer les probabilités versus les conséquences.

☞ Remettre la feuille "Devenez votre propre psy - II"

Devoir :

- a) Pratiquer les techniques de restructuration à la maison et évaluer l'impact sur les émotions et l'anxiété.
- b) Compléter le tableau de colonnes et utiliser le PSY-2 (ajouter les colonnes « pensées alternatives » et intensité de « l'émotion »).
- c) Rédiger un résumé des apprentissages de la séance.

d) Relire le document traitant de la «restructuration cognitive» si nécessaire.

PROJET EN VIDÉOCONFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DU TPA Manuel du thérapeute

RENCONTRE

4

Objectifs :

- ★ Identifier les pensées supportant la dynamique du trouble panique.
- ★ Appliquer les techniques de restructuration cognitive sur les sensations physiologiques.

Contenu :

- 1- **Voir si le client a fait son résumé et son devoir:**
 - a) aborder les problèmes reliés à l'exécution du devoir.
 - b) renforcer les progrès. Voir à ce que le client se renforce lui-même.

- 2- **Appliquer les diverses techniques de restructuration sur les croyances du client:**
 - ↳ le client se voit accorder près de cinq minutes pour restructurer une croyance.

- 3- **Introduire de la notion d'évitement (agoraphobique et/ou subtil):**
 - ↳ dans la dynamique du TPA.

- 4- **Expliquer comment l'évitement est un mécanisme qui maintient le TPA:**
 - ☞ Remettre la feuille "Devenez votre propre psy - II"

Devoir :

- a) Pratiquer les techniques de restructuration à la maison.
- b) Poursuivre le tableau à cinq colonnes.

c) Rédiger un résumé des apprentissages de la séance.

PROJET EN VIDÉOCONFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DU TPA Manuel du thérapeute



Objectifs :

- ★ Progresser dans l'application des techniques de restructuration cognitive.
- ★ Introduire les exercices d'exposition aux sensations intéroceptives.

Contenu :

1- Voir si le client a fait son résumé et son devoir:

- a) aborder les problèmes reliés à l'exécution du devoir.
- b) renforcer les progrès. Voir à ce que le client se renforce lui-même.

2- Appliquer la restructuration cognitive aux sensations physiologiques:


- centrer la restructuration cognitive sur les pensées à l'origine de l'attaque de panique.

3- Exercices d'induction des sensations intéroceptives:

- ↳ (voir document suggérant des exercices provoquant des sensations intéroceptives ci-joint).

4- Expliquer le rationnel des exercices.

- ☞ Remettre la feuille "Devenez votre propre psy - II"

 **IMPORTANT:** Remettre les questionnaires prévus suite à la rencontre 5. Demander au client d'écrire immédiatement son numéro de dossier sur la première page (2 premières lettres du prénom et du nom de famille).

Devoir :

- a) Pratiquer la restructuration cognitive et s'exposer aux sensations intéroceptives dans le milieu naturel à l'aide des exercices enseignés lors de la séance.

b) Rédiger un résumé des apprentissages de la séance.

PROJET EN VIDÉOCONFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DU TPA Manuel du thérapeute

RENCONTRES # 6
A # 8

Objectifs :

- ★ Progresser dans l'application des techniques de restructuration face aux sensations physiologiques et à l'évitement. L'emphase doit progressivement évoluer vers les situations agoraphobiques.
- ★ . Introduction des techniques cognitives de "coping".
- ★ Les techniques complémentaires (au besoin) :
 - a) aides-mémoire ("flash cards")
 - b) discours interne.
 - c) résolution de problèmes.

Contenu :

1- Voir si le client a fait son résumé et son devoir:

- a) aborder les problèmes reliés à l'exécution du devoir.
- b) renforcer les progrès. Voir à ce que le client se renforce lui-même.

2- Induire les sensations anxiogènes. Progresser vers les situations *in vivo* au cours des semaines:

- a) établir la hiérarchisation des peurs en terme de niveau d'anxiété (du moins anxiogène au plus anxiogène);
- b) éliminer les évitements subtils lors de l'exposition *in vivo* ;
- c) présenter les principes à respecter lors de l'exposition (demeurer dans la situation, noter le niveau d'anxiété, rythme progressif, etc.).

☞ Remettre la feuille "Devenez votre propre psy - II"

☞ Remettre le document "

Devoir :

- a) Pratiquer les techniques cognitives concernant les sensations physiologiques.
- b) Commencer l'exposition aux situations agoraphobiques (*in vivo*) si possible.

c) Effectuer un résumé des apprentissages effectués au cours de la séance.

PROJET EN VIDÉOCONFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DU TPA Manuel du thérapeute

**RENCONTRES # 9
A # 11**

Objectifs :

- ★ Terminer progressivement la restructuration cognitive.
- ★ Décrire l'évitement subtil, évaluer sa présence en thérapie et y mettre fin.
- ★ Évaluer le degré d'adhérence des croyances irrationnelles de base reliées à la santé.
- ★ Appliquer la restructuration cognitive *in vivo* si nécessaire.
- ★ Travailler sur la généralisation des connaissances et des habilités.
- ★ Favoriser l'appropriation et la perception d'efficacité personnelle.

Contenu :

1- Voir si le client a fait son résumé et son devoir:

- a) aborder les problèmes reliés à l'exécution du devoir.
- b) renforcer les progrès. Voir à ce que le client se renforce lui-même.

2- Voir à l'application des techniques face à l'évitement agoraphobique et subtil.

☞ Remettre la feuille "Devenez votre propre psy - II"

Devoir :

- a) Pratiquer la restructuration cognitive et appliquer les techniques à d'autres sphères de la vie que l'anxiété, notamment les croyances de base et la dépression.
- b) Rédiger un résumé des apprentissages effectués au cours de la séance.

PROJET EN VIDÉOCONFÉRENCE POUR LE TRAITEMENT DU TPA

Manuel du thérapeute



Objectifs :

- ★ Prévention de la rechute.
- ★ Mettre fin au traitement.
- ★ Motiver le client pour la relance.

Contenu :

1- Voir si le client a fait son résumé et son devoir:

a) aborder les problèmes reliés à l'exécution du devoir.

b) renforcer les progrès de l'ensemble de la thérapie. Voir à ce que le client continue de se renforcer lui-même.

2- Prévention de la rechute:

a) commencer par un exemple d'un client ayant eu une rechute et travailler à partir de la réaction du client.

b) identifier avec le client quels sont les éléments importants l'ayant mené à son problème (stratégie d'évitement) et les techniques efficaces pour lui.

c) identifier les situations à risque (par imagerie ou par une description d'expériences passées) et élaborer des stratégies de "coping".

d) aborder l'application des techniques comme l'utilisation de nouvelles habiletés.

↳ S'il y a rechute, considérer cet événement comme une source d'information et analyser ce qui n'a pas fonctionné. Garder espoir. Empêcher l'évitement. Se remettre à utiliser les stratégies.

☞ Remettre le document « ».

3- Aborder les changements de vie qu'implique la disparition du TPA:

↳ (avantages, perte de gains secondaires, adaptation dans le couple).

4- Mettre fin au traitement.



IMPORTANT: Remettre les questionnaires prévus au post-traitement. Demander au client d'écrire immédiatement son numéro de dossier sur la feuille (2 premières lettres du prénom et du nom de famille) et d'envoyer les résultats le plus tôt possible (une enveloppe pré-affranchie est incluse). Mentionner l'importance de la relance dans 12 mois.

Devoir :

Effectuer le bilan des apprentissages effectués au cours du traitement.

L'ANXIÉTÉ

Les problèmes reliés à l'anxiété sont très fréquents. Environ une personne sur dix consulte un professionnel de la santé parce qu'elle se sent tendue, anxieuse ou préoccupée. D'autres consultent pour des problèmes directement reliés à l'anxiété. En plus de vivre de l'anxiété, les personnes présentant un trouble panique ont une peur extrême de ses manifestations physiques et elles sont préoccupées par l'apparition de la prochaine attaque de panique. Cette crainte les amène souvent à éviter de se retrouver dans certains endroits ou dans certaines situations, diminuant leur qualité de vie.

Qu'est-ce que l'anxiété?

L'anxiété est une émotion déplaisante déclenchée par la perception d'un danger. L'anxiété est aussi décrite comme une réaction d'alarme émise par votre corps pour vous protéger contre ce danger. Cet état émotionnel affecte à la fois le corps et l'esprit. Lorsqu'on est anxieux, plusieurs symptômes physiques se manifestent, comme par exemple, une tension musculaire, de la transpiration, des tremblements, une accélération de la respiration, etc. Sur le plan psychique, l'anxiété se caractérise par un état de tension, d'inquiétude, d'appréhension.

Qu'est-ce que la panique?

La panique représente une forme particulièrement intense et soudaine d'anxiété. Cette anxiété atteint son intensité maximum (pic) à l'intérieur de 10 à 15 minutes. Ce qui caractérise le plus l'attaque de panique, ce n'est pas l'intensité de l'anxiété, mais plutôt son apparition rapide. Une attaque de panique s'accompagne habituellement de quelques symptômes parmi les suivants: souffle court ou sensation d'étouffement, étourdissements, sensation de déséquilibre, palpitations ou pouls accéléré, tremblements, transpiration, étouffement, nausées ou inconfort abdominal, dépersonnalisation et déréalisation, engourdissement ou sensation de picotement, bouffées de chaleur ou frissons et douleur ou inconfort dans la poitrine.

Quand l'anxiété devient-elle un problème?

L'anxiété et la panique sont des réactions normales et saines. À des degrés divers, tout le monde vit de l'anxiété en réaction aux difficultés quotidiennes. En effet, il est impossible de ne jamais rencontrer de situations anxiogènes ou de ne jamais s'inquiéter. Lorsque vous êtes anxieux(se), votre corps s'active et vous ressentez les symptômes décrits précédemment. Cette réaction est tout à fait normale et elle peut être positive. En effet, votre corps est ainsi prêt à réagir rapidement à un danger potentiel. Il est d'ailleurs démontré que chez la plupart des gens, un niveau moyen d'anxiété contribue à augmenter la capacité d'adaptation et le niveau de performance. Par exemple, un(e) athlète olympique ou un joueur de hockey qui n'est pas anxieux avant une performance a peu de chances de donner son meilleur rendement.

L'anxiété devient un problème quand elle se déclenche alors qu'il n'y a pas de danger réel. En effet, les sensations ressenties lorsque votre organisme s'active et que vous n'avez pas à réagir rapidement sont déplaisantes. C'est alors que vous prenez conscience des désavantages de ce mécanisme naturel qu'est l'anxiété. Quand l'anxiété interfère avec votre vie quotidienne, il est nécessaire d'apprendre à la contrôler.

Rappelez-vous que l'anxiété est une réaction normale. On ne peut pas bannir complètement

l'anxiété de notre vie mais on peut apprendre à la gérer et à la contrôler.

Pourquoi suis-je anxieux(se)?

Les troubles d'anxiété sont habituellement causés par l'interaction de plusieurs éléments. Les deux principaux facteurs contribuant habituellement au développement de vos symptômes d'anxiété sont: la quantité de stress et le type de personne que vous êtes.

La quantité de stress.

L'anxiété peut débuter dans des moments où vous êtes particulièrement stressé(e). Vous pouvez avoir un seul gros problème ou une série de petits stresseurs qui s'accumulent ou qui sont constamment présents. Dans les deux cas, lorsque le niveau de stress est assez élevé, il est possible que vous ressentiez de l'anxiété.

Le type de personnes que vous êtes.

Certaines personnes semblent avoir une facilité particulière à gérer l'anxiété et le stress; d'autres sont plus sensibles au stress et sont plus souvent anxieuses. Cette sensibilité s'explique à la fois par votre personnalité et votre constitution biologique.

Le fait de réagir plus facilement au stress ne veut surtout pas dire que vous ne pouvez pas être aidé. Au contraire, les personnes ayant un seuil de tolérance au stress plus bas ont beaucoup de chances de bénéficier du traitement qui vous est offert.

Certaines conséquences de l'anxiété.

L'anxiété, lorsqu'elle devient un problème, entraîne une foule de conséquences diverses dont notamment, l'appréhension, l'évitement et la diminution de la confiance en soi.

Un mot sur le traitement.

Des études effectuées dans plusieurs centres de recherche à travers le monde ont permis de développer un traitement psychologique efficace. En effet, environ 80% des personnes qui complètent ce type de traitement ne ressentent plus d'attaques de panique à la fin de la thérapie. De

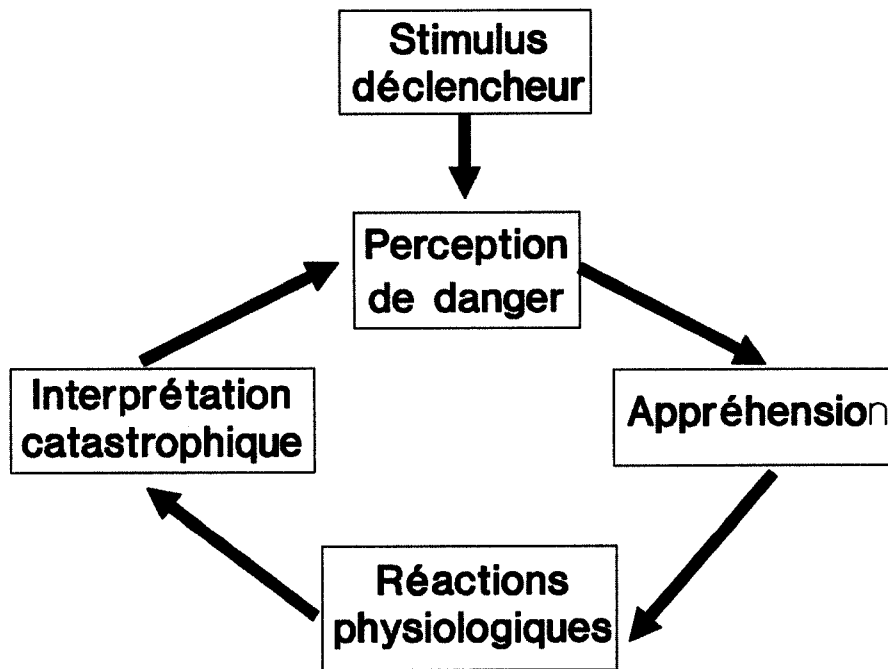
plus, un suivi post-traitement après 12 mois démontre que les progrès se maintiennent. L'étude auquel vous participez vise cependant à améliorer ce traitement.

Rencontre 1

MODÈLE

Les recherches menées par plusieurs scientifiques un peu partout dans le monde ont permis de mieux comprendre ce qui cause le trouble de panique. Il est maintenant possible d'expliquer les attaques de panique à l'aide d'un modèle théorique. A la base, il faut reconnaître que l'anxiété et la panique regroupent trois éléments importants : les composantes physiques, comportementales et cognitives (vos pensées et croyances).

Au plan physique, l'anxiété se manifeste par des réactions provenant du système nerveux central et se traduisant par différentes sensations physiques. Au plan comportemental, on remarque que lors d'une attaque de panique, les gens vont adopter certains comportements pour se rassurer, comme par exemple, éviter certains endroits. Cependant, l'élément cognitif est le plus important à considérer pour expliquer vos paniques. En effet, on sait qu'en ce qui vous concerne, les attaques de paniques sont causées par vos pensées et vos croyances. Le diagramme et le texte suivants devraient vous aider à mieux comprendre ce point.



Stimulus déclencheur

Vos attaques de panique commencent par la présence d'un stimulus déclencheur. Celui-ci peut être un événement externe, comme par exemple, se rendre dans un centre d'achat. Mais la plupart du temps les stimuli sont internes comme par exemple, une sensation physique.

Perception de danger

Ce stimulus déclenche une attaque de panique parce qu'il est perçu comme dangereux. Comme nous l'avons vu, l'anxiété se manifeste lorsque nous détectons un danger potentiel!

Appréhension

Il est par la suite tout à fait normal et automatique de craindre et d'appréhender les événements ou les choses que l'on considère dangereux.

Sensations physiques

Comme nous l'avons mentionné dans le document intitulé « L'ANXIÉTÉ », l'appréhension (et l'anxiété) s'accompagne de réactions de la part de votre corps (réactions physiologiques). Parmi ces réactions, on retrouve: une sensation d'étouffement, étourdissements, une sensation de déséquilibre ou de perte de conscience, des palpitations cardiaques, des tremblements, un engourdissement ou sensation de picotements, bouffées de chaleur ou frissons, etc.

Interprétation catastrophique

Lors d'une attaque de panique, ces réactions physiologiques normales sont interprétées de façon catastrophique. C'est à dire que vous leur accordez une importance et une signification exagérées, elles vous semblent plus dangereuses qu'elles ne le sont en réalité. Bien entendu, suite à cette interprétation, votre perception d'un danger imminent augmente, ce qui favorise encore l'appréhension, l'augmentation des réactions physiologiques, l'interprétation catastrophique, et ainsi de suite. Vous vous retrouvez alors pris(e) dans ce que l'on appelle le cercle vicieux des attaques de panique. Une fois déclenchée, cette réaction en chaîne « tourne en rond » et culmine en une attaque de panique.

Plusieurs recherches scientifiques ont démontré que les personnes vivant des attaques de panique comme vous, perçoivent *leurs* sensations physiologiques comme particulièrement dangereuses. Ces études confirment également que les gens comme vous, interprètent ces sensations de façon catastrophique.

Ajoutons que puisqu'il est désagréable de ressentir une attaque de panique, il est normal de ne pas vouloir en revivre une autre. C'est ce que nous appelons l'anxiété d'anticipation. L'anxiété d'anticipation a le désavantage de mettre les gens dans un état de crainte et de tension presque chronique. Ainsi, vous êtes fréquemment sur vos gardes, vous portez encore plus attention aux stimuli déclencheurs, et vous ressentez plus d'anxiété.

Finalement, il arrive que les personnes évitent certains endroits ou certaines situations afin de contrôler leur anxiété ou pour ne pas avoir d'attaques de panique. La personne ayant un trouble panique est donc susceptible de réagir plus facilement à l'apparition de sensations physiques que d'autres personnes. Elle les appréhende et passe beaucoup de temps à leur porter attention.

Mais comment expliquer le début de mon problème?

Il semble que vous considérez vos sensations physiques comme particulièrement menaçantes. Ceci peut s'expliquer de différentes façons, les plus fréquentes étant: le fait d'avoir ressenti ces sensations de façon spontanée et inattendue à certains moments de votre vie, la présence de personnes de votre entourage ayant vécu des maladies physiques importantes (par exemple, une crise cardiaque), votre éducation, une préoccupation démesurée pour votre santé ou votre sécurité ou une tendance à interpréter de façon catastrophique certains événements.

Mais peu importe d'où vient votre problème. Ce qu'il faut, c'est modifier vos croyances reliées à vos sensations physiques et votre façon de les interpréter.

LA RESTRUCTURATION COGNITIVE

Nous savons que l'interprétation que les gens font d'un événement occupe un rôle capital dans leur réaction à cet événement. Afin de bien comprendre ce point, examinons l'exemple suivant. Supposons que vous marchez dans la rue et que vous voyez un ami qui semble vous ignorer complètement. Naturellement, vous vous sentirez triste. Vous vous demanderez peut-être pourquoi votre ami vous en veut. Plus tard, cependant, vous signalerez l'incident à cet ami, qui vous dira qu'il était trop préoccupé à ce moment là et qu'il ne vous avait même pas vu. Normalement, vous vous sentirez mieux et vous oublierez cet incident. Par contre, si vous ne lui aviez jamais posé de question sur cet incident, vous auriez pu continuer à croire qu'il ne voulait pas vous parler. En fait, bien que la situation n'ait pas changée, vous pouvez ressentir des émotions différentes, dépendamment de la façon dont vous interprétez la situation.

Votre façon d'interpréter les situations n'a aucun lien avec votre intelligence ou votre capacité de jugement. Vous avez sûrement plusieurs habiletés et vous pouvez être capable de résoudre des problèmes dans plusieurs secteurs de votre vie. Par contre, comme un scientifique, vous devez apprendre à utiliser la puissance de vos raisonnements pour vérifier vos pensées et voir si elles coïncident avec la réalité. De cette façon, vous pouvez éviter d'être désemparé par chaque expérience qui, au premier coup d'œil, apparaît menaçante et dangereuse.

Vous pouvez donc vous aider vous-même en reconnaissant vos pensées anxiogènes et en les substituant par des pensées ou des interprétations plus réalistes. C'est ce que l'on appelle la restructuration cognitive. Pour commencer, nous travaillerons ensemble à démêler les pensées anxiogènes. Tel qu'illustré dans la formule qui suit, un événement est perçu dangereux lorsqu'on pense que les conséquences sont graves ou que les chances que les conséquences se produisent sont fortes ou quand on ne sait pas quoi faire pour contrôler la situation et s'en sortir adéquatement.

Perception de danger = conséquences graves X fortes probabilités
ne pas savoir quoi faire

MODIFICATION DES CROYANCES

1- Avant tout, il faut **identifier** la pensée ou la croyance qui est impliquée dans ma réaction émotionnelle :

- Quelle pensée occupe mon esprit lorsque je suis anxieux(se)?
- Quelle est la pire chose qui peut m'arriver?
- Qu'est-ce qui fait que la situation actuelle est plus anxiogène que les autres?
- Qu'est-ce qui rendrait la situation plus difficile? Plus facile?
- Quelle image me vient à l'esprit?

2- Il faut par la suite que je considère cette pensée comme une hypothèse plutôt qu'une vérité. Je dois donc maintenant **évaluer** cette pensée à l'aide des questions suivantes:

Conséquences:

- Quelles preuves ai-je pour ou contre cette pensée?
- Suis-je en train d'oublier des éléments importants et donner trop d'attention à des faits sans pertinence?
- Y a-t-il une autre façon de voir la situation (une autre explication)?
- Comment quelqu'un d'autre verrait-il la situation?
- Quelle est la valeur de la source d'informations concernant mes pensées? Est-ce l'anxiété?
- Y a-t-il des éléments d'information que j'oublie de prendre en considération?
- Suis-je en train de me fixer des buts irréalistes ou inatteignables?
- Suis-je en train d'utiliser des mots ou des phrases extrêmes ou exagérés?
- Suis-je en train de surestimer mon degré de contrôle sur les événements?
- Suis-je en train de sous-estimer ce que je peux faire pour composer avec mon problème?
- Suis-je en train de « catastrophiser » la situation?
- « Et pis après !!! », Est-ce que la conséquence qui me fait peur est si grave que cela?

Probabilités:

- Quelles preuves ai-je pour ou contre cette pensée?
- Suis-je en train d'oublier des éléments importants et donner trop d'attention à des faits sans pertinence?
- Quelle est la valeur de la source d'informations concernant mes pensées? Est-ce l'anxiété?
- Y a-t-il des éléments d'information que j'oublie de prendre en considération?
- Suis-je en train d'utiliser des mots ou des phrases extrêmes ou exagérés?
- Suis-je en train de surestimer mon degré de contrôle sur les événements?
- Suis-je en train de « catastrophiser » la situation?
- Est-ce que mon jugement est basé sur des impressions ou des faits?
- Suis-je en train de penser en terme de certitude plutôt que de probabilité?
- Suis-je en train de penser en terme de tout ou rien?
- Suis-je en train de surestimer mon degré de responsabilité sur les événements?

Devenez votre propre psy-l

Afin de devenir habile à bien corriger vos pensées, veuillez faire l'exercice suivant à chaque jour (au minimum deux fois par jour).

- ① Trouvez une situation où vous avez ressenti une émotion négative et décrivez-la brièvement dans la colonne ci-dessous.
- ② Prenez le temps de trouver quelle émotion vous avez ressentie. S'il y a plus d'une émotion, identifiez-les toutes. Indiquez l'intensité de chaque émotion en pourcentage.
- ③ Cherchez la pensée ou la croyance qui se cache derrière chaque émotion et indiquez en pourcentage jusqu'à quel point vous croyez que cette pensée est vraie.

Situation	Pensée (%)	Émotion (%)

Devenez votre propre psy-II

Afin de devenir habile à bien corriger vos pensées, veuillez faire l'exercice suivant à chaque jour (au minimum deux fois par jour).

- 1 Trouvez une situation où vous avez ressenti une émotion négative.
- 2 Cherchez la pensée ou la croyance qui se cache derrière chaque émotion et indiquez en pourcentage jusqu'à quel point vous croyez que cette pensée est vraie.

Prenez le temps de trouver quelle émotion vous avez ressentie. S'il y a plus d'une émotion, identifiez-les toutes. Indiquez l'intensité de chaque émotion en pourcentage.

- 4 Identifiez une ou des pensées ou croyance(s) réaliste(s) afin d'interpréter la situation de façon différente. Indiquez en pourcentage jusqu'à quel point vous croyez que chaque pensée alternative est vraie.
- 5 Réévaluez l'intensité de l'émotion ressentie.

Situation	Pensée (%)	Émotion (%)	Pensée alternative(%)	Émotion (%)

LES ERREURS DE LOGIQUE

Il est possible que vos pensées soient le fruit d'une erreur de logique. Vous pouvez utiliser la liste des erreurs de logique suivante pour tenter **d'identifier** celle qui est en jeu actuellement et la **modifier**.

Le tout ou rien. Votre pensée n'est pas nuancée. Vous classez les choses en deux seules catégories : les bonnes et les mauvaises, les dangereuses et celles qui ne le sont pas.

La généralisation à outrance. En vous basant sur un seul événement, vous tirez des conclusions générales qui pourraient s'appliquer à toutes les situations.

Le filtre. Vous choisissez un aspect des événements et vous vous y attardez à un point tel que votre vision de la réalité est faussée.

Le rejet du positif. Vous êtes impressionnés et vous vous souvenez seulement des événements négatifs ou anxiogènes. Vous rejetez toutes vos expériences positives. De cette façon vous préservez votre image négative ou anxiogène des choses, même si elle entre en contradiction avec vos expériences quotidiennes.

Les conclusions hâtives. Vous sautez à une conclusion, même si aucun fait précis ne peut confirmer votre interprétation.

L'exagération (dramatisation) et la minimisation. Vous amplifiez l'importance de certaines choses que vous considérez comme potentiellement dangereuses et vous minimisez l'importance d'autres choses qui sont possiblement plus réalistes.

Les raisonnements émotifs. Vous présumez que votre anxiété reflète nécessairement la réalité des choses.

Les « je dois » et « je devrais ». Vous vivez en fonctions d'exigences absolues qui ne sont pas nécessaires.

L'étiquetage. Il s'agit là d'une forme extrême de généralisation à outrance. Au lieu d'analyser ce qui se passe, vous posez une étiquette comme : je suis une personne XYZ.

La personnalisation. Vous vous considérez responsable d'un événement fâcheux dont, en fait, vous n'êtes pas la ou le principal responsable.

Inspiré de Burns (1985), et Beck & Emery, (1985).

COMMENT PROVOQUER DES SENSATIONS PHYSIQUES

Voici quelques techniques pour provoquer des sensations physiques permettant de faire de l'exposition.

Hyperventilation volontaire

Prenez des respirations profondes et rapides avec votre bouche ouverte, comme si vous vouliez gonfler un ballon. Habituellement, la vitesse des respirations doit être environ le double de votre rythme habituel.

Retenir sa respiration

Prenez une bonne respiration et maintenez-la pendant quelques secondes.

Entendre son cœur

Fermez les yeux et concentrez-vous attentivement sur votre respiration pendant cinq minutes. Prenez bien note de la vitesse de vos respirations et de vos battements cardiaques.

Le point à la poitrine

Prenez une inspiration profonde par le haut de votre poitrine. Par la suite, tenez les muscles du haut de votre poitrine serrés et tendus. Maintenant, gardez cette position et respirez toujours du haut de votre poitrine en prenant soin de ne pas vider complètement vos poumons lors de l'expiration et de les remplir à pleine capacité lors de l'inspiration.

Exercices aérobiques

Courez et sautez sur place pendant deux minutes tout en bougeant les bras. Vous pouvez aussi monter des marches d'escalier.

Redressement rapide

Debout, les jambes un peu écartées, pliez les genoux et penchez votre corps vers l'avant en amenant votre tête plus près de vos pieds. Gardez cette position pendant 30 secondes puis relevez-vous rapidement.

Tourner sur place

Prenez place sur une chaise « Courez qui tourne sur place » et tournez plusieurs fois sur vous-même.

Respirer dans une paille

Respirer dans une paille pendant 30 secondes.

L'EXPOSITION

Depuis plus de vingt ans, diverses techniques relativement efficaces pour contrer l'anxiété ont fait leur apparition. Jusqu'à ce jour, deux techniques plus particulièrement ont fait preuve d'une grande efficacité : la restructuration cognitive et l'exposition. Nous abordons cette dernière dans les lignes qui suivent et qui amène un sujet à faire face à ses peurs.

Pourquoi l'exposition?

Tel que décrit dans le modèle théorique, vos attaques de panique sont causées par l'interprétation catastrophique que vous faites des sensations physiques ressenties. Lorsque vous évitez les sensations physiques d'une part, et les situations ou endroits que vous percevez menaçants d'autre part, **vous ne vous donnez pas la chance d'affronter vos sensations physiques, votre anxiété et les situations que vous craignez.** Puisque vous avez tendance à interpréter de façon catastrophique vos sensations physiques, il est bien compréhensible dans ce contexte de vouloir éviter les endroits et les situations susceptibles de provoquer une attaque de panique. Pour mettre fin à l'interprétation catastrophique et « convaincre votre cerveau » qu'il n'y a rien de menaçant, vous devez vous exposer à ce qui est perçu comme dangereux et menaçant. En vous exposant à répétition, vous arriverez à une nouvelle interprétation plus juste de l'événement. La perception de menace s'estompera. **Bref, pour vaincre nos peurs, on doit leur faire face.**

Comment faire?

La confrontation de vos sensations physiques, de votre anxiété ou des situations menaçantes **doit se faire de façon progressive.** Pour cela, vous établissez une liste des éléments impliqués dans l'anxiété, la panique ou les situations menaçantes. Ensuite, vous placez les éléments en ordre croissant, par étapes successives. Puis, progressivement, vous faites face aux éléments générateurs d'anxiété jusqu'à ce que l'anxiété disparaisse. Par la suite, vous continuez de vous exposer aux éléments anxiogènes jusqu'à ce que votre niveau d'anxiété atteigne un niveau normal, c'est à dire

moins de 20% d'anxiété. Cela implique **de provoquer à répétition** les sensations physiques et de rester à l'endroit où vous êtes, jusqu'à ce que l'anxiété s'estompe. Une fois l'anxiété disparue (entre 0 et 20%), **demeurez dans cette situation** encore pour quelques minutes, afin de s'assurer que l'anxiété est bien disparue.

Lorsqu'il est temps de faire un exercice, il est préférable de s'y mettre rapidement. Hésiter, retarder l'exercice ou tourner en rond, ne fait que stimuler votre anxiété. Finalement, durant l'exercice d'exposition **concentrez-vous sur ce que vous vivez actuellement** et prenez note, à toutes les cinq minutes, de votre niveau d'anxiété (0-100%). N'essayez pas de vous distraire. Concentrez-vous sur le stimulus pour que l'anxiété s'estompe d'elle-même, sans votre aide.

J'ai déjà essayé et ça n'a pas marché!

Il y a deux possibilités pouvant expliquer ce qui n'a pas fonctionné. Premièrement, les gens ont l'habitude de commencer par des étapes trop difficiles au lieu d'y aller de façon graduelle. Il est préférable de progresser par des « petits pas réussis » plutôt que de foncer sans avoir développé sa confiance.

Une seconde explication probable repose dans le choix des situations à confronter. Les gens investissent parfois beaucoup de temps et d'efforts pour faire face à une situation qui n'est pas à la base de leur problème. Il est donc important de bien choisir à quoi vous devez faire face. Bref, **dans ce cas, ce n'est pas tant la technique qui est inefficace, mais plutôt la façon de l'appliquer.**

Importance de la pratique

La pratique est l'élément le plus important du traitement. Ce n'est pas facile d'apprendre à faire face à nos sensations physiques et aux situations agoraphobiques. Ne vous attendez pas à une cure miracle ou à une méthode qui demande des efforts dispersés ou momentanés. Vous devez vous donner du temps. C'est une habileté à développer, comme apprendre à écrire ou à conduire. Il est alors important de pratiquer tous les jours.

La partie essentielle du traitement se fait à la maison. Il est donc important que vous vous accordiez assez de temps pour faire les exercices. Si vous êtes une personne très occupée, vous aurez à prendre une décision importante : celle d'accorder la priorité au traitement de votre trouble panique par rapport à l'ensemble de vos activités, et d'ajuster votre horaire en conséquence. C'est à vous de décider si vous voulez ouvrir la porte au succès.

La pratique et les progrès vont de pairs. Plus vous pratiquerez vos exercices, plus vous constaterez des améliorations et des progrès. Une fois que vous avez bien acquis une habileté, vos progrès se poursuivront si vous continuez de pratiquer les exercices. Plus vous pratiquez et moins vous risquez d'oublier les techniques une fois que vous aurez vaincu votre trouble panique.

MAINTIEN DES GAINS

La thérapie entre maintenant dans une nouvelle phase. Il est important que vous réalisiez que le traitement n'a fait que vous aider à utiliser vos ressources personnelles. Ainsi, tout au long des rencontres, c'est vous qui avez investi(e) et travaillé(e), vous vous êtes traité(e)s vous-mêmes. Le(la) thérapeute et les rencontres n'ont été que des moyens pour vous aider à y parvenir, mais c'est **vous** qui avez fait le travail et vos progrès vont se poursuivre. Dorénavant, la présence du(de la) thérapeute est moins nécessaire. Vous devez désormais continuer à utiliser et à profiter au maximum de ce que vous avez appris durant les rencontres. Faites-vous confiance et donnez-vous le temps nécessaire pour raffermir vos gains.

Après les rencontres de thérapie :

Nous vous suggérons de continuer à appliquer vos stratégies contre la panique et l'agoraphobie jusqu'à ce qu'elles deviennent des réactions automatiques. Cela implique possiblement que vous aurez à poursuivre vos exercices contre l'évitement pendant encore quelques temps.

Il est possible qu'à la fin de la thérapie vous n'ayez pas entièrement atteint vos objectifs. Ne vous en faites pas. Premièrement, créez un graphique illustrant le nombre d'attaques de panique par semaine et observez les progrès accomplis. Rappelez-vous en début de thérapie, plusieurs choses que vous faites actuellement vous semblaient irréalisables. Ne diminuez donc pas la valeur et l'importance de ces progrès. Dites-vous que de la même façon, vous parviendrez à faire des choses qui vous semblent actuellement très exigeantes car vous possédez les outils nécessaires. Tout ce qu'il faut c'est **vous donner le temps nécessaire**.

N'oubliez pas que lorsqu'une situation dépasse **trop largement** le niveau de confiance en votre capacité d'y faire face, il peut être préférable d'attendre quelques temps et de travailler sur des étapes intermédiaires plus faciles. Prenez garde toutefois à l'évitement. À court terme, on ressent une diminution de l'anxiété. Mais comme vous l'avez vu(e) et expérimenté(e) précédemment,

l'évitement contribue au **maintien** des attaques de panique et de l'agoraphobie.

Pour l'avenir :

Malgré vos progrès, il est important que nous abordions la possibilité que vous viviez d'autres attaques de panique. Cela ne veut pas dire que cela arrivera, mais il est préférable d'aborder cette possibilité plutôt que d'être pris(e) au dépourvu. C'est comme une pratique de feu. Ça n'implique rien, mais il vaut toujours mieux être préparé(e). Pour bien comprendre comment réagir, pensez à quelqu'un qui fait une chute à bicyclette. La meilleure attitude est d'identifier ce qui n'a pas fonctionné comme prévu et d'apporter les corrections nécessaires.

Premièrement, ne confondez pas la présence d'une attaque de panique avec le retour de votre problème. Cela ne veut pas dire que vous n'avez pas fait de progrès. De plus, il ne faut pas oublier que **l'anxiété est quelque chose de normal**.

Il faut considérer la présence d'une attaque de panique comme un événement isolé plutôt qu'un désastre irrémédiable. Ne vous en voulez pas, mais examinez plutôt ce qui a déclenché l'attaque. Comme nous l'avons fait tout au long du traitement, il faut considérer chaque attaque de panique comme une occasion privilégiée d'identifier ce qui ne va pas, tant dans votre quotidien que dans **vos réaction à vos sensations physiques**. Cette attaque représente une source d'informations plutôt que de désespoir. Grâce à cette source d'informations vous pouvez identifier les stratégies nécessaires. Portez attention à ce qui vous arrive **actuellement** plutôt que de ressasser inutilement le passé. Évaluez calmement et en détail ce qui a déclenché **cette attaque**. Par exemple, est-ce reliée à une sensation qui vous fait encore peur, une situation évitée, la baisse de la médication, une accumulation excessive de stress, la consommation de substances pouvant produire des attaques de panique (caféine, drogues, arrêt soudain de la médication), etc.

Par la suite, consultez ce que vous avez écrit dans les pages suivantes et élaborer immédiatement un plan pour contrer ce qui vient d'arriver.

Exercice de prévention de la rechute :

Afin de vous guider si vos attaques de panique reviennent, prenez quelques instants et écrivez-vous une lettre sur la prochaine page. Pensez à tout ce que vous avez fait durant les 12 semaines de thérapie et dictez des consignes claires concernant:

1. Comment interpréter ce qui vient d'arriver.
2. Ce que vous devez faire après une attaque de panique (stratégies efficaces).
3. Ce que vous ne devez pas faire.

Sur une autre feuille, identifiez les situations où vous risquez de rechuter.

ANNEXE B

Intégrité du traitement

Les cassettes audio-visuelles suivantes contiennent des séances de traitement psychologique individuel de type cognitivo-comportemental pour le trouble panique avec agoraphobie. Votre tâche consiste à compléter la grille ci-jointe pendant que vous regardez ces entrevues.

Veillez noter chaque item à l'aide des cotes suivantes :

- 0 = Ne s'applique pas
- 1 = Inacceptable
- 2 = Passable
- 3 = Très bien

Attitude du thérapeute :

- 1 Le thérapeute vérifie fréquemment le niveau de compréhension des participants.
- 2 Le thérapeute favorise l'expression des réactions et des sentiments des participants.
- 3 Le thérapeute écoute et respecte les participants.
- 4 Le thérapeute respecte le rythme de progression des participants.
- 5 Le thérapeute adopte une attitude empathique envers les participants.
- 6 Le thérapeute est compréhensif à l'égard des participants et les supportent.
- 7 Le thérapeute donne des conseils utiles et pertinents aux participants.

Techniques générales :

- 8 Le thérapeute propose un rationnel clair aux techniques suggérées.
- 9 Le thérapeute applique les techniques de façon appropriée.
- 10 Le thérapeute pose des questions pertinentes.
- 11 Le thérapeute pose des questions ouvertes.
- 12 Le thérapeute propose des exemples ou des réflexions à une fréquence adéquate.
- 13 Le thérapeute aide les participants à explorer les différentes facettes de leurs problèmes.

Techniques cognitives :

- ___ 14 Le thérapeute aide les participants à considérer des explications alternatives.
- ___ 15 Le thérapeute soulève les incongruités et contradictions dans les propos des participants, tout en les respectant.
- ___ 16 Le thérapeute identifie les pensées automatiques des participants.
- ___ 17 Le thérapeute aide les participants à modifier leurs pensées automatiques.
- ___ 18 Le thérapeute aide les participants à identifier le lien entre les pensées et leurs émotions.
- ___ 19 Le thérapeute aide les participants à mettre à l'épreuve les hypothèses proposées lors de la restructuration cognitive.

Techniques comportementales :

- ___ 20 Le thérapeute aide les participants à tirer des conclusions suite aux expériences comportementales
- ___ 21 Le thérapeute propose des exercices d'exposition adaptés aux besoins des participants.
- ___ 22 Les exercices d'exposition proposés par le thérapeute ne permettent pas l'évitement
- ___ 23 Les exercices d'exposition sont effectués de façon graduelle.
- ___ 24 Le thérapeute sollicite activement la collaboration des participants dans le choix des exercices d'exposition.
- ___ 25 Le thérapeute aide les participants à identifier les comportements d'évitement possibles lors de l'exposition.

Travaux à la maison :

- ___ 26 Le thérapeute révise avec les participants les travaux à *effectuer* à la maison et vérifie leur niveau de compréhension de ceux-ci.
- ___ 27 Le thérapeute révise adéquatement les exercices effectuer à la maison.
- ___ 28 Les exercices portant sur l'exposition aux sensations intéroceptives sont pertinents et expliqués correctement.

- 29 Certains exercices à appliquer à l'extérieur du contexte thérapeutique porte sur la restructuration cognitive.
- 30 Certains exercices à appliquer à l'extérieur du contexte thérapeutique porte sur l'exposition comportementale et aux sensations intéroceptives.
-

ANNEXE C

**Étude portant sur l'alliance thérapeutique du trouble panique avec agoraphobie en
vidéoconférence et en face-à-face**
Pré-sélection téléphonique

Nom:

Référée par:

Date:

Téléphone:

Sexe: M ____ F

Avez-vous déjà eu une attaque de panique? Oui _____ Non

Est-ce que cette attaque de panique est survenue soudainement? Oui __ Non

Dans quel contexte cette attaque de panique est-elle survenue?

Quels sont les symptômes que vous avez ressentis lorsque vous avez eu cette attaque de panique?

Palpitations cardiaques	Oui__	Non
Transpiration	Oui__	Non
Tremblements	Oui__	Non
Essoufflement	Oui__	Non
Impression d'étouffer	Oui__	Non
Douleur thoracique	Oui__	Non
Nausées/mal de coeur	Oui__	Non
Étourdissements	Oui__	Non
Déréalisation	Oui__	Non
Peur de devenir fou	Oui__	Non
Peur de mourir	Oui__	Non
Engourdissements	Oui__	Non
Bouffées de chaleur	Oui__	Non

Depuis cette attaque de panique, avez-vous peur d'être victime d'une autre attaque de panique?

Oui ____ Non

Y-a-il des endroits qui vous rendent nerveux(se) de peur d'avoir une attaque de panique?
Décrivez ce genre de situation.

ANNEXE D

W.A.I.

No du client: _____ Nom du thérapeute: _____

Date: _____

Vous trouverez ci-dessous 36 phrases concernant votre relation avec votre thérapeute. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour évaluer jusqu'à quel point vous êtes en accord avec chacune des phrases. Inscrivez vos réponses dans l'espace à côté de chaque phrase.

1 = Pas vrai du tout 2 = Un petit peu vrai 3 = Légèrement vrai 4 = Relativement vrai
5 = Modérément vrai 6 = Très vrai 7 = Entièrement vrai

- _____ 1 Je me sens inconfortable avec mon (ma) thérapeute.
- _____ 2 Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous entendons sur ce que j'aurai à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation.
- _____ 3 Je m'inquiète à propos des résultats de la thérapie.
- _____ 4 Ce que je fais en thérapie me donne de nouvelles façons de voir mon problème.
- _____ 5 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous entendons bien.
- _____ 6 Mon (ma) thérapeute perçoit bien quels sont mes buts en thérapie.
- _____ 7 Je trouve que ce que je fais en thérapie est mêlant.
- _____ 8 Je crois que mon (ma) thérapeute m'aime bien.
- _____ 9 J'aimerais que mon (ma) thérapeute et moi puissions clarifier le but de nos rencontres de thérapie.
- _____ 10 Je ne suis pas en accord avec mon (ma) thérapeute à propos de ce que va m'apporter la thérapie.
- _____ 11 Je crois que le temps que mon (ma) thérapeute et moi passons ensemble n'est pas utilisé efficacement.
- _____ 12 Mon (ma) thérapeute ne comprend pas ce que j'essaie de réaliser en thérapie.
- _____ 13 Mes responsabilités en thérapie sont claires.
- _____ 14 Les objectifs des rencontres de thérapies sont importants pour moi.
- _____ 15 Je trouve que ce que mon (ma) thérapeute et moi faisons en thérapie n'est pas pertinent pour mes problèmes.
- _____ 16 Je sens que ce que je fais en thérapie va m'aider à accomplir les changements que je désire.
- _____ 17 Je crois que mon (ma) thérapeute est vraiment préoccupé(e) par mon bien-être.
- _____ 18 Ce que mon (ma) thérapeute attend de moi lors des rencontres de thérapie est clair.
- _____ 19 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous respectons mutuellement.
- _____ 20 Je sens que mon (ma) thérapeute n'est pas entièrement honnête à propos de ses sentiments envers moi.

- ___ 21 J'ai confiance que mon (ma) thérapeute est capable de m'aider.
- ___ 22 Mon (ma) thérapeute et moi travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendus.
- ___ 23 Je sens que mon (ma) thérapeute m'apprécie.
- ___ 24 Nous nous entendons sur ce qui est important pour moi de travailler en thérapie.
- ___ 25 Suite aux rencontres de thérapie, ce que je dois faire pour changer est plus clair à mes yeux.
- ___ 26 Mon (ma) thérapeute et moi avons confiance l'un dans l'autre.
- ___ 27 Mon (ma) thérapeute et moi avons des opinions différentes quant à la nature de mes problèmes.
- ___ 28 Ma relation avec mon (ma) thérapeute est très importante pour moi.
- ___ 29 J'ai l'impression que si je dis ou fais quelque chose d'incorrect, mon (ma) thérapeute va me laisser tomber.
- ___ 30 Mon (ma) thérapeute et moi collaborons afin d'établir les objectifs de ma thérapie.
- ___ 31 Les choses que je fais en thérapie me frustrant.
- ___ 32 Nous avons établi une bonne compréhension des changements qui seraient bons pour moi.
- ___ 33 Les choses que mon (ma) thérapeute me demandent n'ont pas de bon sens.
- ___ 34 Je ne sais pas à quoi m'attendre concernant les résultats de ma thérapie.
- ___ 35 Je crois que la façon dont nous travaillons sur mon problème est correcte.
- ___ 36 Je sens que mon (ma) thérapeute s'occupe de moi et est préoccupé(e) par mon bien-être même lorsque je fais des choses qu'il(elle) n'approuve pas.

Version originale anglaise par Horvath et Greenberg (1989). Traduction libre par Stéphane Bouchard (1997), inspiré de la version brève (12 items) de Bachelor et Salamé (1991).

W.A.I. - Post traitement

No du client: _____ Nom du thérapeute: _____

Date: _____

Vous trouverez ci-dessous 36 phrases concernant la relation que vous aviez avec votre thérapeute. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour évaluer jusqu'à quel point vous êtes en accord avec chacune des phrases. Inscrivez vos réponses dans l'espace à côté de chaque phrase.

1 = Pas vrai du tout 2 = Un petit peu vrai 3 = Légèrement vrai 4 = Relativement vrai
5 = Modérément vrai 6 = Très vrai 7 = Entièrement vrai

- _____ 1 Je me sentais inconfortable avec mon (ma) thérapeute.
- _____ 2 Mon (ma) thérapeute et moi, nous nous étions entendus sur ce que j'avais à faire en thérapie en vue de m'aider à améliorer ma situation.
- _____ 3 Je m'inquiétais à propos des résultats de la thérapie.
- _____ 4 Ce que j'ai fait en thérapie m'a donné de nouvelles façons de voir mon problème.
- _____ 5 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous entendions bien.
- _____ 6 Mon (ma) thérapeute percevait bien quels étaient mes buts en thérapie.
- _____ 7 Je trouvais que ce que je faisais en thérapie était mêlant.
- _____ 8 Je crois que mon (ma) thérapeute m'aimait bien.
- _____ 9 J'aurais aimé que mon (ma) thérapeute et moi puissions clarifier le but de nos rencontres de thérapie.
- _____ 10 Je n'étais pas en accord avec mon (ma) thérapeute à propos de ce qu'allait m'apporter la thérapie.
- _____ 11 Je croyais que le temps que mon (ma) thérapeute et moi passions ensemble n'était pas utilisé efficacement.
- _____ 12 Mon (ma) thérapeute ne comprenait pas ce que j'essayais de réaliser en thérapie.
- _____ 13 Mes responsabilités en thérapie étaient claires.
- _____ 14 Les objectifs des rencontres de thérapie étaient importants pour moi.
- _____ 15 Je trouvais que ce que mon (ma) thérapeute et moi faisons en thérapie n'était pas pertinent pour mes problèmes.
- _____ 16 Je sentais que ce que je faisais en thérapie allait m'aider à accomplir les changements que je désirais.
- _____ 17 Je croyais que mon (ma) thérapeute était vraiment préoccupé(e) par mon bien-être.
- _____ 18 Ce que mon (ma) thérapeute attendait de moi lors des rencontres de thérapie était clair.
- _____ 19 Mon (ma) thérapeute et moi nous nous respectons mutuellement.

- _____ 20 Je sentais que mon (ma) thérapeute n'était pas entièrement honnête à propos de ses sentiments envers moi.
- _____ 21 J'avais confiance que mon (ma) thérapeute était capable de m'aider.
- _____ 22 Mon (ma) thérapeute et moi travaillions en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous étions entendus.
- _____ 23 Je sentais que mon (ma) thérapeute m'appréciait.
- _____ 24 Nous nous entendions sur ce qui était important pour moi de travailler en thérapie.
- _____ 25 Suite aux rencontres de thérapie, ce que je devais faire pour changer était plus clair à mes yeux.
- _____ 26 Mon (ma) thérapeute et moi avions confiance l'un dans l'autre.
- _____ 27 Mon (ma) thérapeute et moi avions des opinions différentes quant à la nature de mes problèmes.
- _____ 28 Ma relation avec mon (ma) thérapeute était très importante pour moi.
- _____ 29 J'avais l'impression que si je disais ou faisais quelque chose d'incorrect, mon (ma) thérapeute me laisserait tomber.
- _____ 30 Mon (ma) thérapeute et moi collaborions afin d'établir les objectifs de ma thérapie.
- _____ 31 Les choses que je faisais en thérapie me frustraient.
- _____ 32 Nous avons établi une bonne compréhension des changements qui étaient bons pour moi.
- _____ 33 Les choses que mon (ma) thérapeute me demandait n'avaient pas de bon sens.
- _____ 34 Je ne savais pas à quoi m'attendre concernant les résultats de ma thérapie.
- _____ 35 Je croyais que la façon dont nous travaillions sur mon problème était correcte.
- _____ 36 Je sentais que mon (ma) thérapeute s'occupait de moi et était préoccupé(e) par mon bien-être même lorsque je faisais des choses qu'il(elle) n'approuvait pas.

Version originale anglaise par Horvath et Greenberg (1989). Traduction libre par Stéphane Bouchard (1997), inspiré de la version brève (12 items) de Bachelor et Salamé (1991).

ANNEXE E

No Dossier : _____

Date : _____

ÉCHELLE D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DE CALIFORNIE

Instructions :

Voici une liste de questions qui décrivent les attitudes que les participants pourraient avoir à l'égard de leur thérapie ou de leur thérapeute. Réfléchissez à la séance à laquelle vous venez de participer et indiquez, en fonction de votre attitude, le degré de pertinence de chacune des questions présentées. Veuillez encrer le chiffre correspondant à votre choix et répondre à toutes les questions.

Rappel :

Les réponses à ce questionnaire restent confidentielles et votre thérapeute ne pourra en prendre connaissance. Vous pouvez, bien sûr, discuter de ces questions ou de vos réponses avec votre thérapeute.

1 = Pas du tout; 2 = Un peu; 3 = Quelque peu; 4 = Passablement;
5 = Plutôt; 6 = Assez; 7 = Beaucoup.

- | | | |
|----|---|---------------|
| 1. | Avez-vous été tenté(e) de mettre fin à la thérapie lorsque vous étiez fâché(e) et déçu(e)? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 2. | Vous êtes-vous senti(e) pressé(e) par votre thérapeute de changer avant que vous ne soyez prêt(e)? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 3. | Lorsque votre thérapeute a émis un commentaire sur une situation, y-a-t-il eu dans votre esprit référence à d'autres situations semblables dans votre vie? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 4. | Aviez-vous l'impression que, même si vous aviez des moments de doute, de confusion ou de méfiance, l'ensemble de la thérapie était valable? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 5. | Est-ce que les commentaires de votre thérapeute vous ont amené à croire qu'il(elle) plaçait ses besoins avant les vôtres? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. | Lorsque des choses importantes vous sont venues à l'esprit, jusqu'à quel point les avez-vous gardées pour vous-même plutôt que de les partager avec votre thérapeute? | 1 2 3 4 5 6 7 |

1 = Pas du tout; 2 = Un peu; 3 = Quelque peu; 4 = Passablement;
5 = Plutôt; 6 = Assez; 7 = Beaucoup.

- | | | |
|-----|--|---------------|
| 7. | Vous êtes-vous senti(e) accepté(e) et respecté(e) pour ce que vous êtes par votre thérapeute? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. | Jusqu'à quel point avez-vous retenu vos sentiments durant cette séance? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. | Avez-vous trouvé les commentaires de votre thérapeute non aidants, c'est-à-dire portant à confusion, non à propos ou ne s'appliquant pas à vous? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. | Avez-vous eu l'impression de travailler en collaboration avec votre thérapeute, unis dans un même effort pour surmonter vos problèmes? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. | Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) libre de parler de sujets personnels dont vous avez honte en situation ordinaire ou que vous avez peur de révéler? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. | Durant cette séance, jusqu'à quel point étiez-vous prêt(e) à continuer à vous débattre avec vos problèmes, même si vous ne pouviez pas trouver une solution immédiate? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. | Au cours de la séance, jusqu'à quel point votre thérapeute s'est-il(elle) montré(e) prêt(e) à vous aider à surmonter vos difficultés? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. | Avez-vous eu l'impression d'être en désaccord avec votre thérapeute sur le type de changements que vous vouliez apporter dans votre vie par cette thérapie? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. | Jusqu'à quel point vous êtes-vous senti(e) contrarié(e) par les investissements en temps, en argent ou autres inhérents à votre thérapie? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 16. | Avez-vous eu l'impression que votre thérapeute comprenait ce que vous désiriez obtenir de cette séance? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. | Au cours de cette séance, jusqu'à quel point était-il important pour vous d'envisager les façons dont vous pouviez contribuer à régler vos propres problèmes? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. | Jusqu'à quel point avez-vous pensé que la thérapie n'était pas le meilleur moyen d'obtenir de l'aide pour vos problèmes? | 1 2 3 4 5 6 7 |

1 = Pas du tout; 2 = Un peu; 3 = Quelque peu; 4 = Passablement;
5 = Plutôt; 6 = Assez; 7 = Beaucoup.

- | | | |
|-----|---|---------------|
| 19. | Est-ce que le traitement que vous avez reçu au cours de cette séance correspond à vos idées à propos de ce qui aide les gens en thérapie? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20. | Avez-vous eu l'impression de travailler en désaccord avec votre thérapeute de ne pas avoir la même conception des moyens à prendre pour obtenir l'aide que vous voulez? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 21. | Jusqu'à quel point avez-vous eu confiance en vos propres efforts et en ceux de votre thérapeute pour obtenir un certain soulagement face à vos problèmes? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 22. | Avez-vous l'impression d'être incapable d'approfondir votre compréhension de ce qui vous dérange? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 23. | Jusqu'à quel point étiez-vous en désaccord avec votre thérapeute sur les points les plus importants à travailler au cours de cette séance? | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 24. | Jusqu'à quel point votre thérapeute vous a-t-il(elle) aidé(e) à obtenir une compréhension plus approfondie de vos problèmes? | 1 2 3 4 5 6 7 |

1988 by C. Marmar, M.D., and L.Gaston, Ph.D.
Adapté pour la recherche sur la persévérance - Université de Montréal

Révisé le 1997-09-13/gb

ANNEXE F

Questionnaire sur les comportements d'alliance thérapeutique

Version client

Laboratoire de Cyberpsychologie

Par Micheline Allard et Stéphane Bouchard (2003)

No. du dossier :

Nom du (de la) thérapeute :

Date :

Vous trouverez ci-dessous 21 énoncés concernant la relation que vous avez avec votre thérapeute. En utilisant l'échelle ci-dessous, évaluez votre degré d'accord avec chacun des énoncés et encerclez directement votre réponse sur la feuille.

1. J'ai confiance en mon (ma) thérapeute.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

2. Je sens mon (ma) thérapeute confiant(e) par rapport à la qualité du traitement qu'il(elle) me propose.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

3. Je ne me sens pas jugé(e) par mon thérapeute.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

4. Je me sens respecté(e) par mon thérapeute.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

5. Je me sens écouté(e) par mon thérapeute.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

6. Je sens mon (ma) thérapeute engagée dans mon processus thérapeutique.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

7. Je me sens impliqué(e) (p.ex., tâches à effectuer, devoirs, etc) dans la thérapie.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

8. Mon (ma) thérapeute est naturel(le) avec moi.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

9. Mon (ma) thérapeute est compréhensif(ve) à mon égard (à ce que je vivais).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

10. Je me sens supporté(e) par mon (ma) thérapeute.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

11. Je me sens accepté(e) par mon (ma) thérapeute.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

12. Mon (ma) thérapeute s'assure de ma compréhension par rapport au contenu abordé en thérapie (p.ex., modèle théorique, exercices à effectuer, etc).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord						Tout à fait en accord

13. Mon (ma) thérapeute m'encourage dans mes progrès thérapeutiques.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord						Tout à fait en accord

14. Je sens mon (ma) thérapeute présent(e) en thérapie.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord						Tout à fait en accord

15. Mon (ma) thérapeute démontre de l'intérêt par rapport à ce que je vivais.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord						Tout à fait en accord

16. Je sens que mon (ma) thérapeute respecte mon rythme de progression.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord						Tout à fait en accord

17. J'ai l'impression que mon (ma) thérapeute comprend les émotions que je ressens.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord						Tout à fait en accord

18. Mon (ma) thérapeute me donne des conseils utiles et pertinents à mes problèmes.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

19. Je me sens compris(e) et supporté(e) par mon (ma) thérapeute lorsque je rencontre des difficultés (p.ex., dans les tâches à effectuer).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

20. Mon (ma) thérapeute me semble compétent(e).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

21. J'ai une bonne relation avec mon (ma) thérapeute.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

Questionnaire sur les comportements d'alliance thérapeutique
Version thérapeute
Laboratoire de cyberpsychologie
Par Micheline Allard et Stéphane Bouchard (2003)

No. du dossier :

Nom du (de la) thérapeute :

Date :

Vous trouverez ci-dessous 21 énoncés concernant la relation que vous avez avec votre client(e). En utilisant l'échelle ci-dessous, évaluez votre degré d'accord avec chacun des énoncés et encerclez directement votre réponse sur la feuille.

1. J'ai l'impression que mon (ma) client(e) a confiance en moi.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

2. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) me fait confiance par rapport à la qualité du traitement que je lui propose.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

3. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) ne se sent pas jugé(e) par moi.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

4. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) se sent respecté(e) par moi.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

5. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) se sent écouté(e) par moi.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

6. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) me sent engagé(e) dans son processus thérapeutique.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

7. J'ai l'impression que mon (ma)client(e) se sent impliqué(e) (p.ex., tâches à effectuer) dans la thérapie.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

8. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) sent que j' agis de façon naturelle avec lui (elle).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

9. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) me sent compréhensif(ve) à son égard (à ce qu'il-elle vit).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

10. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) se sent supporté(e) par moi.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

11. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) se sent accepté(e) par moi.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

12. Je m'assure de la compréhension de mon(ma) client(e) par rapport au contenu abordé en thérapie (p.ex., modèle théorique, exercices à effectuer).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

13. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) se sent encouragé(e) dans ses progrès thérapeutiques.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

14. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) me sent présent(e) en thérapie.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

15. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) sent que je démontre de l'intérêt par rapport à ce qu'il(elle) vit.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

16. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) se sent respecté(e) dans son rythme de progression.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

17. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) se sent compris dans les émotions qu'il(elle) ressent.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

18. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) considère que je lui donne des conseils utiles et pertinents à ses problèmes.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

19. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) se sent compris(e) et supporté(e) par moi lorsqu'il(elle) rencontre des difficultés (p.ex., dans les tâches à effectuer).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

20. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) me trouve compétent(e).

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

21. J'ai l'impression que mon(ma) client(e) considère avoir une bonne relation avec moi.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
Tout à fait en désaccord					Moyennement d'accord					Tout à fait en accord

ANNEXE G

No dossier : _____

Date : _____

ÉCHELLE DE PANIQUE ET D'AGORAPHOBIE

Questionnaire du client

B. Bandelow (1995)

Ce questionnaire est destiné aux gens souffrant d'attaques de panique et d'agoraphobie. Évaluez la sévérité de vos symptômes durant la dernière semaine.

Les attaques de panique sont définies comme étant l'apparition soudaine de l'anxiété, accompagnée par certains des symptômes suivants:

- palpitations ou le martèlement du coeur ou accélération du rythme cardiaque
- transpiration
- tremblements ou secousses
- bouche sèche
- difficulté de respirer
- sensation d'étouffement
- douleur à la poitrine ou inconfort
- nausée ou détresse abdominale (par exemple, des hauts le coeur)
- chanceler, sentiment de vertige, d'évanouissement ou d'étourdissement
- sentiment que les objets sont irréels (comme dans un rêve), ou que son esprit est lointain ou «pas réellement présent»
- peur de perdre le contrôle, «de devenir fou», ou de s'évanouir
- peur de mourir
- des bouffées de chaleur ou des sueurs froides
- engourdissements ou des sensations de picotement

Les attaques de panique se développent brusquement et augmentent en intensité à l'intérieur de 10 minutes environ.

A.1. À quelle fréquence avez-vous des attaques de panique?

- (0) Aucune attaque de panique pendant la semaine dernière.
- (1) 1 attaque de panique pendant la semaine dernière.
- (2) 2 ou 3 attaques de panique pendant la semaine dernière.
- (3) 4-6 attaques de panique pendant la semaine dernière.
- (4) plus de 6 attaques de panique pendant la semaine dernière.

A.2. De quelle gravité étaient les attaques de panique pendant la semaine dernière?

- (0) Aucune attaque de panique.
- (1) Les attaques étaient généralement légères.
- (2) Les attaques étaient généralement modérées.
- (3) Les attaques étaient généralement sévères.
- (4) Les attaques étaient généralement d'une extrême sévérité.

A.3. Combien de temps durait généralement les attaques?

- (0) Aucune attaque de panique.
- (1) 1 à 10 minutes.
- (2) de 10 à 60 minutes.

- (3) de 1 à 2 heures.
- (4) 2 heures et plus.

Est-ce que la plupart des attaques étaient attendues (dans des situations de peur) ou inattendues (spontanées)?

- (9) Pas d'attaque de panique.
- (0) Presque inattendue.
- (1) Plus inattendue qu'attendue.
- (2) Entre les deux (un peu inattendue, un peu attendue).
- (3) Plus attendue qu'inattendue.
- (4) Presque attendue.

B.1. Durant la semaine dernière, avez-vous évité certaines situations parce que vous craigniez d'avoir une attaque de panique ou un sentiment d'inconfort?

- (0) Aucun évitement (ou: mes attaques ne se produisent que dans certaines situations).
- (1) Rare évitement de situations craintes.
- (2) Évitement occasionnel de situations craintes.
- (3) Évitement fréquent de situations craintes.
- (4) Évitement très fréquent de situations craintes.

B.2. Veuillez cocher les situations que vous évitez ou dans lesquelles vous avez développé des attaques de panique ou un sentiment d'inconfort quand vous n'étiez pas accompagné(e)?

- 01 () Avions
- 02 () Métros (p. ex. passage souterrain)
- 03 () Autobus, trains
- 04 () Bateaux
- 05 () Théâtres, cinémas
- 06 () Supermarchés
- 07 () Files d'attente
- 08 () Auditoires, stades
- 09 () Soirées ou rassemblements sociaux
- 10 () Foules
- 11 () Restaurants
- 12 () Musées
- 13 () Ascenseurs
- 14 () Espaces fermés (p. ex. tunnels)
- 15 () Salles de classe, amphithéâtres
- 16 () Conduire ou être en voiture (p. ex. dans un embouteillage)
- 17 () Grandes salles (p. ex. couloirs)
- 18 () Promenade dans les rues
- 19 () Champs, des grandes ruelles, des cours de maison
- 20 () Grandes places
- 21 () Traversant les ponts
- 22 () Voyages

23 () Restant seul à la maison

D'autres situations :

24 ().....

25 ().....

26 ().....

B.3. Les situations évitées étaient-elles importantes pour vous?

(0) Aucune importance (ou pas d'agoraphobie).

(1) Pas très importantes.

(2) Modérément importantes.

(3) Très importantes.

(4) Extrêmement importantes.

C.1. Pendant la semaine dernière, avez-vous souffert d'une crainte d'attaque de panique (anxiété d'anticipation ou «peur d'avoir peur»)?

(0) Pas d'anxiété d'anticipation.

(1) Peur occasionnelle d'avoir une attaque de panique.

(2) Peur quelquefois d'avoir une attaque de panique.

(3) Peur fréquente d'avoir une attaque de panique.

(4) Peur d'avoir une attaque de panique tout le temps.

C.2. De quelle ampleur était cette «peur d'avoir peur»?

(0) Nulle

(1) Légère

(2) Modérée

(3) Marquée

(4) Extrême

D.1. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont conduit à des restrictions (des altérations) dans vos relations familiales (conjoint, enfants, etc.)?

(0) Pas d'altération

(1) Légère altération

(2) Altération modérée

(3) Altération marquée

(4) Altération extrême

D.2. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont conduit à des restrictions (des altérations) dans votre vie sociale et vos activités de loisirs.

Exemple. Étiez-vous capable d'aller au cinéma ou à une soirée?

(0) Pas d'altération

(1) Légère altération

(2) Altération modérée

(3) Altération marquée

(4) Altération extrême

D.3. Pendant la semaine dernière, est-ce que vos attaques de panique ou d'agoraphobie ont conduit à des restrictions (des altérations) dans vos responsabilités au travail (ou à la maison)?

- (0) Pas d'altération
- (1) Légère altération
- (2) Altération modérée
- (3) Altération marquée
- (4) Altération extrême

E.1. Pendant la semaine dernière, avez-vous eu peur de souffrir de vos symptômes d'anxiété (ou d'avoir une crise cardiaque, ou de perdre connaissance et de vous blesser)?

- (0) Ce n'est pas vrai
- (1) Ce n'est guère vrai
- (2) En partie vrai
- (3) Presque vrai
- (4) Tout à fait vrai

E.2. Pensez-vous parfois, ou croyez-vous que votre médecin a tort, quand il vous dit que vos symptômes tels que palpitations, étourdissements, sensations de picotement, difficulté respiratoire ont une cause psychologique? Pensez-vous, en réalité, qu'une cause somatique (physique, corporelle) qui n'a pas encore été découverte se cache derrière ces symptômes?

- (0) Ce n'est pas du tout vrai (maladie plutôt psychique)
- (1) Ce n'est guère vrai
- (2) En partie vrai
- (3) Presque vrai
- (4) Tout à fait vrai (maladie plutôt organique)

ANNEXE H

No dossier: _____

Date: _____

Questionnaire sur les Cognitions Agoraphobiques
(Chambless, 1984; traduit par Bouvard et coll., 1998)

- Ce questionnaire contient un ensemble de pensées qui peuvent vous passer par la tête lorsque vous êtes anxieux (se). Indiquez à quel point ces pensées vous passent par la tête.
- Encerclez le chiffre sur l'échelle fournie, pour indiquer à quel point ces pensées vous passent par la tête lorsque vous êtes anxieux (se).
- Voici ce que signifie chacun des chiffres de l'échelle:
 - 1= J'y pense **jamais**.
 - 2= J'Y pense **rarement**.
 - 3= J'y pense **environ la moitié du temps**.
 - 4= J'y pense **la plupart du temps**.
 - 5= J'y pense **toujours**.

- Voici un exemple: Je serai paralysé(e) par la peur..... 1 2 3 ④ 5
Le chiffre 4 est encerclé. Ceci veut dire que lorsque le (la) patient(e) est anxieux (se), "la plupart du temps" la pensée suivante lui passera par la tête: Je serai paralysé(e) par la peur.

1. Je vais vomir	1	2	3	4	5
2. Je vais m'évanouir	1	2	3	4	5
3. J'ai sûrement une tumeur au cerveau	1	2	3	4	5
4. Je vais avoir une crise cardiaque	1	2	3	4	5
5. Je vais mourir étouffé(e).....	1	2	3	4	5
6. Je vais agir follement	1	2	3	4	5
7. Je deviens aveugle	1	2	3	4	5
8. Je ne serai pas capable de me contrôler	1	2	3	4	5
9. Je vais frapper quelqu'un	1	2	3	4	5
10. Je vais avoir une hémorragie au cerveau	1	2	3	4	5
11. Je vais devenir fou(folle)	1	2	3	4	5
12. Je vais crier	1	2	3	4	5
13. Je vais bafouiller ou parler drôlement	1	2	3	4	5
14. Je serai paralysé(e) par la peur	1	2	3	4	5

ANNEXE I

- FORMULAIRE DE CONSENTEMENT -
**L'alliance thérapeutique dans la thérapie cognitivo-comportementale du trouble panique
avec agoraphobie en vidéoconférence et en face-à-face**

Université d'Ottawa
Université du Québec en Outaouais
Centre hospitalier Pierre-Janet

Je comprends que :

Cette recherche vise à évaluer et comparer l'alliance thérapeutique en vidéoconférence et en face-à-face. Plus précisément, le projet tente de déterminer si la vidéoconférence offre des conditions similaires à la thérapie en face-à-face pour développer une alliance thérapeutique et de déterminer le rôle de l'alliance thérapeutique dans l'efficacité thérapeutique.

Ainsi, je recevrais gratuitement la thérapie cognitivo-comportementale via la vidéoconférence ou en face-à-face et les chercheurs feront des analyses à partir des questionnaires que j'aurai complétés. Des gens seront recrutés en régions, d'autres à Hull et à Montréal. Tous recevront un traitement identique en vidéoconférence ou en face-à-face. Toutefois, seulement les participants de la région de Hull recevront la thérapie en face-à-face.

1. Ma participation implique que :

1.1. Je participe à une séance diagnostique psychologique dans le but d'établir avec précision la présence d'un trouble panique avec agoraphobie. Si je présente une condition pouvant entraver avec le traitement (p.ex., déficience intellectuelle, schizophrénie ou autre), je serais exclu(e) de la recherche et les responsables de l'étude m'expliqueront les raisons qui motivent le refus de ma participation à l'étude. Si je suis exclu(e), les responsables de l'étude me retourneront à mon médecin traitant.

2. Si je suis sélectionné(e), ma participation implique que :

2.1 Je reçoive douze rencontres de thérapie individuelle d'une durée d'une heure chacune, soit par vidéoconférence ou en face-à-face.

2.2 Je ne suive pas de psychothérapie ou ne change pas de pharmacothérapie pendant toute la durée de l'étude. Si tel est le cas, je m'engage à en informer mon thérapeute. Si je prends des produits naturels (p.ex., milpertuis), je m'engage à en aviser mon médecin.

2.3 Je complète une série de questions avant la première rencontre de thérapie (1 heure), après la première et la cinquième semaine (10 minutes chaque fois), après la dernière rencontre de thérapie (1 heure). En résumé, l'ensemble du projet implique 2h20 minutes pour compléter des questions.

2.4 J'utilise un équipement de vidéoconférence pour recevoir un traitement par

télémédecine (pour les gens qui reçoivent le traitement par vidéoconférence).

2.5 Je serais amené(e) à apprivoiser mes peurs et, ce faisant, vivre de l'inconfort durant certains exercices.

2.6 Je serai amené(e) à faire des prises de conscience sur ma qualité de vie.

2.7 Les inconvénients que pourrait me causer cette recherche sont comparables à ceux auxquels je m'exposerais durant une thérapie en dehors d'un contexte de recherche.

2.8 La thérapie durera 12 semaines et reposera sur l'apprentissage de techniques permettant de modifier les pensées et les comportements qui maintiennent les crises de panique et l'évitement agoraphobique.

2.9 Si je reçois la thérapie par vidéoconférence, dès le début de l'étude, un intervenant me sera attribué dans ma région respective. Cet intervenant recevra une copie des notes évolutives de mon thérapeute, en cas d'urgence (p.ex., si je me présente à l'urgence dans ma région). Également, en cas d'urgence, je pourrai contacter mon intervenant attribué dans le milieu hospitalier de ma région.

3. Ma participation à cette recherche me fournira une aide psychologique gratuite pour mon trouble panique avec agoraphobie. De plus, ma participation à cette recherche permettra d'accroître la compréhension des traitements en vidéoconférence et d'en améliorer la disponibilité pour les gens n'ayant pas accès à une clinique spécialisée. Les données seront conservées pour une période de cinq ans et l'utilisation des résultats ne pourra servir à d'autres recherches qu'après avoir été préalablement approuvée par le comité d'éthique.

4. Je recevrai une thérapie pour traiter mon trouble panique gratuitement.

5. Je demeure parfaitement libre de participer à cette recherche et je pourrai en tout temps, sans avoir à fournir de raison, mettre fin à ma participation. Si je devais me retirer du traitement cela ne me portera pas préjudice et n'entravera pas l'aide que je pourrai recevoir. Par contre, si je désire que les données de recherche recueillies soient détruites, je dois le mentionner au thérapeute qui fera le nécessaire. Ma participation à cette recherche est donc volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de répondre aux entrevues et aux questionnaires ou de cesser d'y répondre en tout temps en faisant connaître ma décision aux chercheurs. Les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans mon consentement, ma participation à l'étude s'ils estiment que mon état physique ou psychologie pourrait s'aggraver par ma participation à la recherche.

6. Toutes les informations recueillies à mon sujet seront traitées de manière à conserver mon anonymat et assurer la confidentialité des renseignements fournis, même lors de la publication des résultats.