

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

PSYCHOTHÉRAPIE POUR LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE
ADMINISTRÉE PAR VIDÉOCONFÉRENCE : IMPACT SUR L'ALLIANCE
THÉRAPEUTIQUE

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

STÉPHANIE GRIGNON WATTS

OCTOBRE 2017

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

J'aimerais de tout cœur remercier mon directeur de thèse, André Marchand, sans qui la réalisation de cette thèse n'aurait pu être possible. Ta présence, ton écoute et tes encouragements ont su renforcer ma détermination à mener à bien ce grand projet. Mais par-dessous tout, grâce à tes grandes qualités humaines, je conserverai à tout jamais un agréable souvenir de ce parcours doctoral.

Un merci particulier revient à Stéphane Bouchard qui, sans en porter le titre officiel, aura certainement joué un rôle de codirecteur dans l'accomplissement de cette thèse. Tes précieux conseils m'ont amenée à me dépasser et à améliorer sans cesse la qualité de mon travail. Je tiens d'ailleurs à exprimer ma grande reconnaissance envers l'équipe de l'Université du Québec en Outaouais, particulièrement Geneviève, pour leur soutien et leur efficacité envers mes nombreuses demandes. Merci également à Jean Bégin, qui a su guider et enrichir mes réflexions statistiques.

Je tiens à souligner la présence, la patience et surtout la grande amitié de Cindy, Sophie, Hélo et Anne-So. Chacune à votre manière, vous avez su saupoudrer un brin de magie et de bonheur dans ma vie. Merci pour vos encouragements, votre compréhension, et votre belle folie !

C'est le cœur rempli de gratitude que j'aimerais remercier ma mère qui, depuis le tout début de cette grande aventure, m'offre un soutien sans limite. Par tes mots d'encouragements, tes yeux remplis de fierté, mais surtout, par le modèle de persévérance que tu as su incarner au cours de ma vie, tu as su nourrir en moi le désir d'aller jusqu'au bout de mes rêves. Merci maman.

Un merci sans fin à l'homme de ma vie. Éric, comment aurais-je pu accomplir ce grand défi sans toi ? Tu as su être mon phare dans cet océan parfois bien agité. Ta douce présence, ta patience, tes encouragements et ta capacité à dédramatiser les situations auront été pour moi une précieuse source de réconfort. Je t'aime de tout mon cœur.

Et à toi Nathan, mon petit loup, merci pour ces deux dernières années de bonheur infini. Ta belle joie de vivre aura été pour moi un ancrage essentiel au moment présent. Toi et bébé bedon m'aurez procuré la motivation ultime pour compléter cet ouvrage.

Finalement, la réalisation de cette thèse a été rendue possible grâce à l'obtention de bourses des Fonds de recherche du Québec - Société et culture (FRQSC) ainsi que des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Le projet de recherche mené dans le cadre de cette thèse a été soutenu par une subvention de recherche des IRSC obtenue par Stéphane Bouchard.

DÉDICACE

À Nathan et Emma-Rose.
En espérant vous transmettre la volonté
de vous dépasser et de réaliser vos rêves
les plus fous.
Maman

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	xi
RÉSUMÉ.....	xii
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1.1 Mise en contexte	1
1.1.1 Le trouble d’anxiété généralisée	1
1.1.2 Traitement psychologique du trouble d’anxiété généralisée.....	3
1.1.3 Accessibilité de la thérapie cognitive et comportementale pour la population présentant un trouble d’anxiété généralisée	5
1.1.4 La télésanté comme solution aux problèmes d’accès à des services spécialisés.....	6
1.1.5 La télépsychothérapie par vidéoconférence	7
1.1.6 Faisabilité et efficacité de la télépsychothérapie par VC	12
1.1.7 L’alliance thérapeutique.....	15
1.1.8 L’alliance thérapeutique en télépsychothérapie par VC	17
1.1.9 L’alliance thérapeutique en télépsychothérapie par VC dans le traitement du trouble d’anxiété généralisée.....	21
1.2 Objectifs de la thèse et contenu de la thèse.....	23
1.2.1 Objectifs de la thèse	23
1.2.2 Contenu de la thèse	24
CHAPITRE II	
VIDÉOCONFÉRENCE POUR UN TROUBLE DU SPECTRE ANXIEUX : RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS	28
Résumé.....	30
Abstract	31

Introduction	32
Méthodologie	36
Critères de sélection des études.....	36
Stratégie de recherche	37
Procédure de sélection.....	38
Extraction et analyse des données.....	38
Résultats	39
Description des études.....	39
Qualité méthodologique des études recensées	41
Résultats obtenus dans les études recensées	45
Discussion	50
Limites des études recensées.....	53
Conclusion.....	59
Références	61
CHAPITRE III	
TELEPSYCHOTHERAPY BY VIDEOCONFERENCE FOR GENERALIZED ANXIETY DISORDER: IMPACT ON THE THERAPEUTIC ALLIANCE.....	75
RÉSUMÉ.....	78
Abstract	79
Introduction	80
Method	85
Participants.....	85
Treatment	86
Research procedure	87
Material	88
Instruments.....	89
Results.....	90
Data processing	90
Preliminary analysis.....	91

Main analyses.....	92
Discussion	94
References.....	100
CHAPITRE IV	
ANALYSE DES SOUS-ÉCHELLES DE L'INVENTAIRE D'ALLIANCE	
THÉRAPEUTIQUE.....	116
4.1 Pertinence et objectif du chapitre	116
4.2 Méthodologie	120
4.3 Résultats	120
4.3.1 Traitement des données.....	120
4.3.2 Entente sur les objectifs thérapeutiques	123
4.3.3 Entente sur les moyens employés	125
4.3.4 Qualité du lien affectif	127
4.4 Discussion	129
CHAPITRE V	
DISCUSSION GÉNÉRALE	135
5.1 Synthèse des résultats.....	135
5.1.1 Recension systématique des écrits scientifiques	136
5.1.2 Étude empirique	137
5.2 Analyse des facteurs pouvant influencer le développement de l'AT en VC ..	141
5.2.1 Développement de l'AT en VC: Expérience du client.....	143
5.2.2 Développement de l'AT en VC: Expérience du thérapeute.....	146
5.2.3 Développement de l'AT en VC: Différences et similitudes entre l'expérience du client et l'expérience du thérapeute.....	149
5.2.4 Élaboration d'un modèle conceptuel des facteurs pouvant influencer le développement d'une AT de qualité en VC	152
5.3 Implications cliniques	155
5.3.1 Encourager l'utilisation de la VC chez les cliniciens.....	155
5.3.2 Ajustements nécessaires pour l'intégration de la VC à la pratique clinique.....	157

5.4 Considérations méthodologiques	160
5.4.1 Forces du programme de recherche	160
5.4.2 Limites du programme de recherche	161
5.5 Pistes de recherches futures	163
5.5.1 Réplication des résultats.....	163
5.5.2 Nouvelles pistes de recherche	166
5.6 Transfert des connaissances	167
5.7 Conclusion générale	168
APPENDICE A	
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TAG.....	170
APPENDICE B	
ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE L'ÉDITEUR DE LA REVUE	
PSYCHOTHERAPY.....	173
APPENDICE C	
APPROBATION ÉTHIQUE POUR LE PROJET DE RECHERCHE.....	175
APPENDICE D	
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT	177
APPENDICE E	
MANUELS DE TRAITEMENT.....	192
APPENDICE F	
MESURES CLINIQUES	306
APPENDICE G	
GUIDE DE PRATIQUES CONCERNANT L'EXERCICE DE LA	
TÉLÉPSYCHOTHÉRAPIE.....	340
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	365

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

CHAPITRE II

Figure 1	Processus de sélection des études recensées.....	70
Tableau 1	Caractéristiques des études recensées.....	71

CHAPITRE III

Tableau 1	Sample characteristics by treatment modality.....	111
Tableau 2	Mean WAI scores and standards deviations by treatment modality and respondent at each time of measure.....	113
Figure 1	Participants flow chart.....	114
Figure 2	Evolution of WAI scores throughout sessions by treatment modality and respondent.....	115

CHAPITRE IV

Tableau 1	Scores moyens et écarts types aux trois sous-échelles de l'IAT selon la modalité de traitement, le répondant et le moment de mesure.....	122
Figure 1	Évolution des scores de la sous-échelle <i>Entente sur les objectifs thérapeutiques</i> au cours des séances selon la modalité et le répondant.....	124
Figure 2	Évolution des scores de la sous-échelle <i>Entente sur les moyens employés</i> au cours des séances selon la modalité et le répondant.....	126
Figure 3	Évolution des scores de la sous-échelle <i>Qualité du lien affectif</i> au cours des séances selon la modalité et le répondant.....	128

CHAPITRE V

Figure 1	Évolution des scores globaux d'AT chez le client et le thérapeute lors de l'introduction de l'exposition cognitive aux inquiétudes.....	140
Figure 2	Évolution des scores globaux d'AT chez le client et le thérapeute.....	151
Figure 3	Modèle conceptuel des facteurs pouvant influencer le développement d'une AT de qualité en VC.....	154

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ADIS-IV	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV
ANOVA	Analysis of variance
APA	American Psychiatric Association / American Psychological Association
AT	Alliance thérapeutique
CALPAS	Échelle d'alliance thérapeutique de Californie
CBT	Cognitive Behavioral Therapy
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégrés de santé et de services sociaux
CPA	Canadian Psychiatric Association
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
GAD	Generalized Anxiety Disorder
IAT	Inventaire d'alliance thérapeutique
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV, Axis-II
TA	Therapeutic Alliance
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
VC	Vidéoconférence / Videoconference
WAI	Working Alliance Inventory

RÉSUMÉ

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) est un trouble anxieux associé à une grande détresse psychologique, d'importantes limitations personnelles, professionnelles et sociales, ainsi qu'un lourd fardeau économique. La thérapie cognitive et comportementale (TCC) s'avère être la forme de psychothérapie ayant reçu le plus d'appuis empiriques concernant son efficacité pour traiter cette psychopathologie. Néanmoins, son accès demeure restreint chez une partie importante de la population.

L'implantation de systèmes de télépsychothérapie par vidéoconférence (VC) apparaît comme une solution prometteuse afin d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés en santé mentale. Toutefois, il semble qu'une proportion non négligeable de psychologues se montre réticente à intégrer cette modalité d'intervention à leur pratique professionnelle. Ceux-ci craindraient, entre autres, que la VC puisse compromettre le développement d'une alliance thérapeutique (AT) de qualité avec leurs clients. Quelques études ont su mettre en évidence qu'une forte AT peut émerger malgré la distance et les contraintes imposées par la VC. Toutefois, ces études sont encore peu nombreuses, et ce, particulièrement en ce qui concerne la population présentant un TAG.

La présente thèse a pour objectif principal d'approfondir les connaissances au sujet de la qualité de l'AT en télépsychothérapie auprès de la population présentant un TAG, et ce, en deux phases.

Le premier volet de la thèse vise une mise à jour des connaissances concernant la qualité de l'AT au cours d'une télépsychothérapie par VC pour un trouble du spectre anxieux. À cette fin, une recension systématique des écrits scientifiques a été réalisée. Dix études ont été recensées. Les résultats de cette recension indiquent qu'une AT de qualité peut émerger lors d'une télépsychothérapie par VC pour un tel trouble. Ils suggèrent également que l'AT ne serait pas compromise par l'utilisation de la VC, la qualité de la relation se révélant similaire à celle s'établissant en contexte conventionnel. Néanmoins, considérant le nombre limité d'études recensées, il importe de conserver une certaine réserve à l'égard de ces conclusions. Par ailleurs, la recension met en évidence de nombreuses lacunes auxquelles il importe de remédier.

Le deuxième volet de la présente thèse porte sur étude empirique visant à pallier les limites des études antérieures. Deux objectifs spécifiques sont ciblés. Dans un premier temps, l'étude évalue l'impact de l'utilisation de la télépsychothérapie par VC sur la qualité de l'AT auprès d'une clientèle présentant un TAG. Puis, à titre exploratoire, l'étude s'intéresse à l'influence de l'utilisation la VC sur la trajectoire de

développement de l'AT. Un essai randomisé et contrôlé a été mené auprès de 115 individus présentant un TAG en guise de trouble primaire. Ceux-ci ont bénéficié d'une TCC hebdomadaire de 15 séances, soit en VC, soit de manière conventionnelle. L'Inventaire d'Alliance Thérapeutique a été complété par les clients ainsi que par leur thérapeute à toutes les deux séances. Dans l'ensemble, les données révèlent que la qualité de l'AT n'est pas compromise par l'utilisation de la VC en psychothérapie. Au contraire, la VC favorise chez le client l'émergence d'un lien affectif supérieur à celui s'édifiant en contexte conventionnel. Par ailleurs, les résultats suggèrent que la trajectoire de développement de l'AT ne serait pas influencée par la modalité dans laquelle l'intervention est dispensée. En effet, le profil de fluctuations de l'AT en VC se révèle similaire à celui observé en psychothérapie conventionnelle. Bien qu'elle comporte certaines limites, la présente étude permet d'enrichir les connaissances au sujet de la qualité l'AT en télépsychothérapie auprès de la population présentant un TAG. Les résultats obtenus dans cette thèse appuient ainsi la légitimité de la télépsychothérapie comme alternative valable lorsque l'accès à la psychothérapie conventionnelle se veut limité.

MOTS CLÉS: alliance thérapeutique, vidéoconférence, trouble d'anxiété généralisée, thérapie cognitive et comportementale.

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Mise en contexte

1.1.1 Le trouble d'anxiété généralisée

Imaginons un instant à quoi ressemblerait notre existence si le moindre petit tracas du quotidien devenait source de préoccupations démesurées et envahissantes. Si notre esprit se montrait expert dans l'élaboration de scénarios catastrophiques en songeant au présent et à l'avenir et, qu'en conséquence, nous vivions dans un état quasi continu d'anxiété. Bien que le fait de s'inquiéter représente une expérience humaine naturelle et inévitable, la majorité d'entre nous parvient éventuellement à dominer leur anxiété. Malheureusement, pour certains, les inquiétudes excessives et récurrentes représentent un réel tourment qui nuit à leur fonctionnement ainsi qu'à leur bien-être au quotidien. Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) se caractérise principalement par la présence de telles difficultés. Selon l'*American Psychiatric Association* (APA, 2013a), pour faire l'objet d'un diagnostic de TAG, un individu doit faire l'expérience d'inquiétudes excessives et difficiles à contrôler. Les thèmes de ces inquiétudes se veulent comparables à ceux de la population non clinique : les situations de la vie quotidienne, sa santé ainsi que celle de ses proches, les finances, le travail, les études, la famille, les relations sociales, etc. Néanmoins, l'ampleur des préoccupations qui en découlent ainsi que l'incapacité à ne pas se laisser envahir par ses inquiétudes viennent apporter une couleur tout autre aux appréhensions de la personne présentant un TAG. Toujours selon l'APA, le TAG implique que les préoccupations se

manifestent au moins une journée sur deux pendant une période minimale de 6 mois et soient accompagnées d'au moins trois symptômes somatiques parmi les suivants : agitation ou sensation d'être à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil. Finalement, le diagnostic s'établit si les inquiétudes sont à l'origine d'une détresse cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement de la personne (APA, 2013a). L'Appendice A présente une description complète des critères diagnostiques du TAG.

On estime qu'environ 4 à 6% de la population répondra aux critères diagnostiques du TAG au cours de sa vie, les femmes étant pratiquement deux fois plus à risque que les hommes (Grant et al., 2005; Kessler et al., 2005; R. C. Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, et Wittchen, 2012). Malgré que la tendance à s'inquiéter se manifeste couramment dès l'enfance ou l'adolescence, c'est essentiellement une fois l'âge adulte moyen atteint que le trouble avec l'ensemble de ses caractéristiques tend à faire son apparition (Grant et al., 2005; Kessler et al., 2005; Kessler et al., 2012; Wittchen, 2002). Le TAG se veut une condition chronique (Rodriguez et al., 2006) dont la sévérité des symptômes tend à fluctuer au cours de la vie. De ce fait, les personnes âgées représentent une part non négligeable de la population souffrant de ce trouble (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman, et Bruce, 2010; Kessler et al., 2005).

L'omniprésence des inquiétudes au quotidien ainsi que la nature chronique du TAG s'avèrent difficile à supporter, et c'est donc sans surprise que l'épuisement, la démoralisation ainsi qu'une humeur dépressive émergent fréquemment du profil clinique. Par ailleurs, la grande majorité des individus aux prises avec un TAG présentent également un autre trouble mental en concomitance (Grant et al., 2005; Kessler, Keller, et Wittchen, 2001; Wittchen, 2002), les plus courants étant les troubles de l'humeur ainsi que les autres troubles anxieux (Hunt, Issakidis, et Andrews, 2002; Stein et Heimberg, 2004; Wittchen, Carter, Pfister, Montgomery, et

Kessler, 2000). Le tableau clinique du TAG entraîne d'importantes répercussions auprès des gens qui en sont atteints, ceux-ci voyant pour la plupart leur qualité de vie considérablement altérée (Revicki et al., 2012; Wittchen et al., 2000). Les individus affectés par le TAG tendent à dresser un portrait plutôt négatif de leur bien-être ainsi qu'à rapporter davantage d'insatisfactions familiales et dans leur domaine d'activité principale (Hoffman, Dukes, et Wittchen, 2008; Revicki et al., 2012; Stein et Heimberg, 2004). À ces conséquences personnelles se joignent de considérables répercussions économiques. En effet, l'anxiété généralisée est associée à une altération du fonctionnement occupationnel se traduisant à la fois par une diminution de la productivité au travail ainsi que par un taux d'absentéisme professionnel accru (Greenberg et al., 1999; Revicki et al., 2012; Wittchen, 2002; Wittchen et al., 2000). Qui plus est, les individus aux prises avec ce trouble s'avèrent être de grands utilisateurs des services de santé (Maier et al., 2000; Wittchen, 2002). Toutefois, ce sont surtout les manifestations somatiques associées à leur anxiété (p. ex., tension musculaire, perturbations du sommeil, fatigue) qui font office de motif de consultation (Garcia-Campayo, Caballero, Perez, et Lopez, 2012; Romera et al., 2010). Les inquiétudes figurent donc rarement au tableau des plaintes initialement rapportées par les gens souffrant d'un TAG, ceux-ci percevant bien souvent leur anxiété comme étant un trait immuable à leur personnalité. Le TAG passe ainsi souvent inaperçu lors des examens médicaux (Wittchen, 2002; Wittchen et Hoyer, 2001). Une utilisation excessive, mais inadéquate des services de santé alourdit donc le fardeau socioéconomique associé au TAG.

1.1.2 Traitement psychologique du trouble d'anxiété généralisée

L'ampleur des conséquences personnelles et sociales attribuables au TAG confirme l'importance d'offrir un traitement efficace aux individus qui en souffrent. Depuis

plusieurs années, la psychothérapie, les traitements pharmacologiques ou une combinaison des deux sont utilisés pour traiter le TAG. La thérapie cognitive et comportementale (TCC) s'avère être la forme de psychothérapie ayant reçu le plus d'appuis empiriques concernant son efficacité pour traiter cette psychopathologie (Chambless et Ollendick, 2001; Covin, Ouimet, Seeds, et Dozois, 2008; Hofmann et Smits, 2008; Hunot, Churchill, Silva de Lima, et Teixeira, 2007; Katzman et al., 2014). En effet, la TCC a su faire ses preuves auprès de la clientèle présentant un TAG, affichant des tailles d'effet d'élévées à très élevées (Covin et al., 2008; Hofmann et Smits, 2008) ainsi qu'un maintien des gains thérapeutiques plusieurs mois suivant la fin de la psychothérapie (Borkovec, Newman, Pincus, et Lytle, 2002; Dugas et al., 2003; Ladouceur et al., 2000). Ce type d'intervention est, pour cette raison, actuellement considéré comme le traitement psychologique de choix dans le cas du TAG (Bandelow et al., 2012; Canadian Psychiatric Association [CPA], 2006; Katzman et al., 2014; National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2011).

Alors qu'initialement, les thérapies cognitives et comportementales pour le TAG misaient sur des stratégies communes au traitement de la majorité des troubles anxieux (c.-à-d., psychoéducation, restructuration cognitive, exposition, relaxation), d'importantes avancées dans la conceptualisation de ce trouble ont permis d'élaborer de nouvelles composantes thérapeutiques ciblant avec davantage de justesse les particularités propres au TAG. Notamment, la thérapie proposée par Dugas (2007) se distingue par l'ampleur de sa validation empirique ainsi que par les tailles d'effets importantes dont elle a su faire la preuve (Dugas et al., 2010; Dugas et al., 2003; Dugas et al., 2004). Cette intervention repose sur une conceptualisation cognitive plaçant, au centre des processus impliqués dans le TAG, l'intolérance à l'incertitude. Cette caractéristique jouerait un rôle déterminant dans le développement et le maintien d'inquiétudes excessives. L'intervention proposée par Dugas se distingue

donc d'autres TCC pour le TAG en visant spécifiquement le développement d'une plus grande tolérance à l'incertitude. Pour ce faire, elle encourage l'exposition à des situations dont l'issue est difficilement prévisible (p. ex., essayer un nouveau restaurant, employer un trajet différent pour se rendre au travail). D'autres stratégies cognitives et comportementales d'intervention font également partie intégrante du traitement proposé par Dugas : psychoéducation concernant les manifestations du TAG, réévaluation de l'utilité de s'inquiéter, résolution des problèmes actuels, et exposition en imagination aux scénarios catastrophiques. Plusieurs études empiriques ont su mettre en évidence l'efficacité de cette intervention dans la réduction des inquiétudes et d'autres symptômes du TAG et, du même coup, à l'amélioration de l'humeur (Dugas et al., 2010; Dugas et al., 2003; Dugas et al., 2004, Ladouceur et al., 2000).

1.1.3 Accessibilité de la thérapie cognitive et comportementale pour la population présentant un trouble d'anxiété généralisée

L'existence d'une psychothérapie efficace dans le traitement du TAG est porteuse d'espoir. Néanmoins, l'accessibilité de la TCC demeure encore aujourd'hui restreinte puisqu'un nombre limité de services psychologiques au Québec dispose de cliniciens possédant une expertise satisfaisante envers cette forme de psychothérapie. Par ailleurs, les spécialistes en santé mentale concentrent principalement leur pratique dans les centres urbains. Les individus vivant en région rurale, mais également en banlieue des grandes villes n'ont pas facilement accès aux services de soins adéquats (Roberge, Fournier, Duhoux, Nguyen, et Smolders, 2011; Simpson et Reid, 2014). Alors qu'en 2012 la métropole de Montréal affichait un ratio d'un psychologue par tranche de 684 habitants, sa ville voisine, Laval, en disposait d'un pour 1490 habitants. Pour une région plus éloignée telle que l'Abitibi-Témiscamingue, le ratio atteignait un niveau aussi bas qu'un psychologue pour 1931 habitants (Institut de la

Statistique du Québec, 2013; Ordre des psychologues du Québec [OPQ], 2013a). C'est donc un bassin deux à presque trois fois moins élevé de psychologues accrédités pour ces secteurs, lorsque comparés à ceux qui exercent dans métropole de Montréal. Les populations établies à l'extérieur des grandes villes se voient ainsi confrontées à un obstacle supplémentaire lorsqu'elles entreprennent des démarches en vue d'obtenir des services spécialisés en santé mentale. À défaut de parcourir de longues distances semaine après semaine afin de se déplacer vers les ressources nécessaires, elles sont souvent contraintes à se contenter des services disponibles plus ou moins adaptés à leurs besoins ou encore à patienter sur des listes d'attentes. De plus, certains groupes d'individus tels que les populations autochtones, militaires, ou encore celles incarcérées composent également avec un nombre restreint de spécialistes pouvant répondre à leurs besoins en soins de santé mentale (Peachey, Hicks, et Adams, 2013).

La rémission du TAG sans traitement adéquat est peu commune et, tel que mentionné précédemment, les coûts personnels et socioéconomiques rattachés à cette psychopathologie représentent un lourd fardeau. Il convient donc de mettre en branle des solutions permettant d'offrir rapidement et au plus grand nombre possible des services de pointe afin de traiter le TAG. À l'heure actuelle, les technologies de communication sont omniprésentes et la télépsychothérapie offre donc de nouvelles possibilités. L'accessibilité aux services spécialisés en santé mentale pourrait se voir améliorée par l'implantation de systèmes de traitement à distance.

1.1.4 La télésanté comme solution aux problèmes d'accès à des services spécialisés

À l'heure où les méthodes de télécommunications sont en plein essor, certaines technologies telles qu'internet ou le téléphone mobile sont devenues des moyens

familiers de communiquer pour une vaste partie de la population. Il n'est donc pas surprenant de constater que cette vague d'avancements technologiques influence de plus en plus la pratique des professionnels de la santé. L'utilisation de technologies de communication dans le but de réaliser des évaluations, de poser des diagnostics, de transmettre de l'information, d'offrir des consultations, d'effectuer de la supervision, de la consultation et de l'éducation à distance a donné naissance à une nouvelle appellation : la télésanté. Les différentes options technologiques permettant d'offrir des soins de santé à distance sont nombreuses : séances téléphoniques, échanges de courriels ou de texto, clavardage, applications sur téléphone mobile ou sur tablette dont les données enregistrées par le client sont transmises au spécialiste, et vidéoconférence. De nouvelles alternatives s'offrent donc maintenant aux professionnels de la santé qui souhaitent contrer les problèmes de distance et desservir des clientèles qui ne pourraient avoir accès autrement à leurs services. La télésanté permet ainsi de réduire les coûts, les déplacements, d'augmenter la satisfaction des usagers et d'assurer une distribution plus équitable des services essentiels de santé (Crow et al., 2009; Richardson, Frueh, Grubaugh, Egede, et Elhai, 2009; Wade, Karnon, Elshaug, et Hiller, 2010).

1.1.5 La télépsychothérapie par vidéoconférence

La télésanté se déploie dans plusieurs secteurs de la santé humaine, notamment celui de la santé mentale. Le recours à des technologies de communication afin de dispenser à distance des activités psychothérapeutiques se nomme la télépsychothérapie. Quoique de nombreux moyens de communication s'offrent en

télé santé (p. ex. : échanges téléphoniques, clavardage), la vidéoconférence¹ (VC) s'avère la modalité privilégiée en télépsychothérapie. Celle-ci permet à des personnes situées à des endroits différents de se voir, de s'entendre et d'échanger simultanément, en temps réel. Elle rend également possible l'observation des comportements verbaux et non verbaux en psychothérapie. La VC constitue ainsi la modalité technologique permettant de se rapprocher le plus de la psychothérapie en face à face et, par le fait même, la plus appropriée lorsqu'il est question de dispenser une psychothérapie à distance.

Deux types de systèmes permettent de dispenser des services de psychothérapie par VC : les appareils fixes de télé santé et les systèmes mobiles de webcam directement disponibles via un ordinateur personnel, une tablette ou un téléphone intelligent (p. ex., Skype, FaceTime). Cette dernière technologie procure l'avantage de permettre au client tout comme au thérapeute de prendre part à la séance, peu importe l'endroit où il se trouve. Ainsi, il s'avère possible pour les utilisateurs de ce type de technologie de compléter leurs rencontres à partir d'un endroit facilement accessible comme leur domicile, leur milieu de travail, ou même à l'étranger. Bref, aucune limite de lieu n'existe et, par le fait même, aucun déplacement n'est requis pour prendre part aux séances. De plus, l'utilisation d'un ordinateur personnel étant aujourd'hui largement répandue, ce type de technologie est facilement accessible et souvent déjà familier. Malgré les avantages qu'elle procure, cette forme de VC comporte certaines restrictions lorsqu'employée dans un contexte de consultations psychologiques. Tout d'abord, la possibilité de prendre part aux séances de psychothérapie en tous lieux soulève sans contredit certains enjeux auxquels il convient de s'attarder. Il importe que le psychologue et le client conviennent dès le départ de l'environnement où se

¹ Le terme « vidéoconférence » représente une traduction littérale de « *videoconference* » en anglais et se voit largement répandu dans la littérature canadienne. Notons toutefois que les écrits provenant d'Europe tendent à employer le mot « visioconférence ». Les deux terminologies se veulent toutefois équivalentes.

dérouleront les séances de psychothérapies afin que les conditions propices à un échange satisfaisant et thérapeutique soient réunies (p. ex., absence de bruits ou de distractions, confort). La confidentialité des échanges pourrait également être mise à l'épreuve. La confidentialité est indispensable sur le plan éthique, mais également sur le plan clinique. L'assurance que la conversation ne sera pas entendue par une tierce personne représente une condition essentielle pour s'impliquer dans le processus thérapeutique. Ajoutons que la transmission des séances via une ligne internet personnelle comporte elle aussi certains risques de failles au niveau de la confidentialité, ce type de réseau ne pouvant entièrement garantir la sécurité de la connexion.

D'autres aspects essentiels à l'expérience psychothérapeutique pourraient également être compromis par l'utilisation de ce genre de système de VC. Par exemple, chez les individus souffrant d'isolement social ou de difficultés à se mobiliser vers l'atteinte d'objectifs personnels, offrir l'opportunité de prendre part à un suivi psychologique à domicile peut parfois s'avérer contre-thérapeutique. En effet, quitter son domicile, planifier ses déplacements vers le lieu où se déroulera la psychothérapie, ou encore même entrer en contact avec la réceptionniste à l'accueil font parfois partie intégrante du traitement. Par ces petites actions, le client s'engage activement dans le processus de prise en charge de son mieux-être. Ses interactions sociales s'y voient également bonifiées. L'emploi d'un système de VC disponible sur un ordinateur personnel ou tout autre support mobile suscite également certaines contre-indications concernant la sécurité des clients. Celle-ci pourrait être compromise par l'absence de professionnels auprès du client en cas de besoins particuliers. Par exemple, le thérapeute pourrait se voir bien démuni lorsqu'il est question de gérer à distance un client en perte de contact avec la réalité ou en crise suicidaire.

Le second type de télépsychothérapie par VC implique, pour sa part, l'utilisation d'un appareil de télésanté fixe localisé dans un centre offrant des services généraux de santé (p. ex., centre hospitalier, centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [CIUSSS]). L'implantation d'unités de VC dans ce type d'établissement procure plusieurs avantages. Tout d'abord, parce que les sites offrant des soins généraux de santé s'avèrent largement plus répandus que ceux offrant des services spécialisés en santé mentale, l'accès aux soins de choix serait grandement facilité pour les populations moins bien desservies. Un minimum de déplacement est requis, sollicitant une mobilisation du client envers sa psychothérapie sans toutefois le contraindre à parcourir de longues distances et à déboursier d'importantes sommes afin de bénéficier d'interventions répondant aux normes des meilleures pratiques. Ajoutons que ce système offre davantage de contrôles quant au contexte de la psychothérapie, notamment en ce qui concerne l'environnement des échanges, la thérapie se déroulant dans un local aménagé à cet effet. Par ailleurs, cette technologie permet une transmission confidentielle de l'information visuelle et auditive via l'utilisation d'un réseau de communication sécurisé. La mise en place de plans encadrant la gestion des urgences se voit également facilitée par la présence, sur les lieux où se déroule la télépsychothérapie, de membres du personnel aptes à prendre en charge les clients en crise, en urgence suicidaire ou encore en perte de contact avec la réalité. Ce type de VC se présente donc comme un moyen confidentiel et sécuritaire d'offrir, aux clientèles y ayant difficilement accès autrement, la psychothérapie indiquée pour leur condition.

Certaines installations sont requises lors d'une télépsychothérapie par VC fixe. Deux locaux distincts, aménagés à des fins de psychothérapie, doivent être mis en relation par l'intermédiaire d'un équipement de télésanté. Chaque local est alors muni d'une caméra apte à bouger de façon horizontale et verticale ainsi que de zoomer, d'un microphone, d'un écran de télévision sur lequel apparaît l'interlocuteur ainsi que d'un

codec. Le codec permet de coder les signaux audio et vidéo en flot de données numériques pouvant ensuite être transmis par un réseau de télécommunication. Il permet également de décoder les données numériques reçues de l'autre site afin de les transformer en signal audio et vidéo.

Il importe que les salles soient insonorisées et à l'abri de tout bruit ambiant pouvant créer de l'interférence. Elles doivent également offrir un confort équivalent à celui attendu dans le cadre d'une thérapie en face à face (dimension du local, éclairage, température, confort de la chaise, accès à une boîte de mouchoirs, etc.). Afin d'imiter autant que possible le contexte thérapeutique conventionnel, il est recommandé que le moniteur soit situé à une distance similaire à celle habituellement préconisée entre un thérapeute et son client et à la hauteur de leur visage (Bakke, Mitchell, Wonderlich, et Erickson, 2001; Mitchell et al., 2008). L'ajout d'un ordinateur connecté à une boîte de courriels ou d'un télécopieur à chaque site permet le transfert de documentation au cours de la séance. En cas de difficultés techniques, un téléphone doit également être facilement accessible afin d'établir un contact entre les deux sites. Finalement, il s'avère important de s'assurer de la disponibilité, au lieu où le client reçoit sa thérapie, d'un employé adéquatement formé afin de gérer d'éventuelles situations problématiques ou des difficultés techniques. Une bonne coordination entre le psychologue et le site distant apparaît donc essentielle au déroulement optimal d'un suivi de ce genre (Tuerk, Yoder, Ruggiero, Gros, et Acierno, 2010). Somme toute, lorsque certaines considérations sont prises en compte, la VC fixe permet aux utilisateurs de recevoir des services psychologiques dans un contexte similaire à celui de la thérapie en face à face.

Quel que soit le type de VC employée, les limites inhérentes à cette technologie entraînent un certain lot de défis: interruptions occasionnelles et imprévisibles de la connexion, délais dans la transmission audio, qualité audio et visuelle amoindries

pouvant parfois générer la perception d'un écho dans le son ou une image de faible résolution rendant plus difficile la reconnaissance des expressions non-verbales plus subtiles (Bakke et al., 2001; Bischoff, Hollist, Smith, et Flack, 2004; Cowain, 2001; Goetter, Herbert, Forman, Yuen, et Thomas, 2014; Richardson et al., 2009; Simpson, 2001; Thorp, Fidler, Moreno, Floto, et Agha, 2012; Tuerk et al., 2010; Yuen et al., 2013). Quoique ces difficultés techniques puissent occasionner certains désagréments en début de suivi, les usagers de la VC rapportent généralement s'y acclimater rapidement (Bakke et al., 2001; Bischoff et al., 2004; Thorp et al., 2012). Par ailleurs, certains psychologues admettent avoir adapté leur pratique afin de contrer les limites relatives à la qualité du son et de l'image en accentuant leur langage non-verbal et en adressant davantage de questions visant à clarifier l'état émotionnel du client (Bischoff et al., 2004). Tout compte fait, la psychothérapie par VC ne vise certes pas à remplacer totalement la psychothérapie conventionnelle, mais elle offre une alternative plus qu'intéressante aux populations ne pouvant obtenir des services de pointe autrement.

1.1.6 Faisabilité et efficacité de la télépsychothérapie par VC

Les écrits scientifiques actuels voient apparaître un nombre croissant d'études empiriques visant une meilleure connaissance de l'impact de cette nouvelle réalité clinique. L'application de la VC fixe ou sur un ordinateur personnel en psychothérapie a été étudiée auprès d'un éventail varié de populations cliniques : trouble d'anxiété généralisée (Bouchard et Renaud, 2001; Théberge-Lapointe, Marchand, Langlois, Gosselin, et Watts, 2015), trouble panique avec agoraphobie (Allard et al., 2007; Bouchard et al., 2004; Bouchard et al., 2000; Cowain, 2001; Lindner, Lacefield, Dunn, et Dunn, 2014), trouble obsessionnel-compulsif (Fitt et Rees, 2012; Goetter et al., 2013; Goetter et al., 2014; Himle et al., 2006; Vogel et al.,

2012; Vogel et al., 2014), état de stress post-traumatique (Frueh et al., 2007; Germain, Marchand, Bouchard, Drouin, et Guay, 2009; Gros, Yoder, Tuerk, Lozano, et Acierno, 2011; Hassija et Gray, 2011; Hassija et Gray, 2009; Morland et al., 2014; Strachan, Gros, Ruggiero, Lejuez, et Acierno, 2012; Tuerk et al., 2010) et colère post-traumatique (Morland et al., 2010), anxiété sociale (Pelletier, 2002; Tuerk et al., 2010), dépression (Nelson, Barnard, et Cain, 2006; Stubbings, Rees, Roberts, et Kane, 2013; Ugarriza et Schmidt, 2006), troubles alimentaires (Bakke et al., 2001; Mitchell et al., 2008; Simpson et al., 2006; Simpson et Slowey, 2011), problèmes reliés à la consommation (King, Brooner, Peirce, Kolodner, et Kidorf, 2014), syndrome Gilles de la Tourette (Himle, Olufs, Himle, Tucker, et Woods, 2010), détresse psychologique associée à l'atteinte d'une pathologie médicale (Glueckauf et al., 2002; Shepherd et al., 2006), et auprès de populations présentant des problématiques variées en santé mentale (Day et Schneider, 2002; Griffiths, Blignault, et Yellowlees, 2006; Manchanda et McLaren, 1998; Simpson, 2001). Les résultats de ces études démontrent, dans l'ensemble, une amélioration clinique et statistique significative se traduisant par une diminution de la symptomatologie des troubles étudiés. Qui plus est, lorsque comparée à une thérapie administrée en face à face, l'efficacité de la télépsychothérapie semble à tout le moins similaire (Allard et al., 2007; Bouchard et al., 2004; Day et Schneider, 2002; Frueh et al., 2007; Germain et al., 2009; King et al., 2014; Morland et al., 2010; Morland et al., 2014; Nelson et al., 2006; Strachan et al., 2012; Stubbings et al., 2013).

La VC a non seulement été employée avec succès dans le traitement d'une panoplie de difficultés psychologiques, mais également sous différents formats : en séance individuelle (Germain et al., 2009; Gros et al., 2011; Mitchell et al., 2008), en session de groupe (Greene et al., 2010; Morland et al., 2010; Ugarriza et Schmidt, 2006), ainsi qu'en contexte de thérapie familiale (Bischoff et al., 2004; Glueckauf et al., 2002). Les adultes, tout comme les enfants (Himle et al., 2010; Nelson et al., 2006)

semblent bien répondre à cette modalité thérapeutique. Un consensus tend donc à se dégager : la psychothérapie administrée par VC est non seulement faisable, mais elle se révèle équivalente en termes d'efficacité lorsque comparée à une thérapie conventionnelle en face à face.

En dépit des nombreux avantages qu'elle procure, la psychothérapie par VC demeure un outil encore peu répandu (Simpson et Reid, 2014; Simpson, Rochford, Livingstone, English, et Austin, 2014). Les psychologues offrant l'option de prendre part à une psychothérapie via un intermédiaire technologique se veulent plutôt rares par comparaison aux psychiatres ou aux infirmières offrant des services à distance en santé mentale (O'Gorman, Hogenbirk, et Warry, 2015). Il importe par ailleurs de considérer qu'offrir une psychothérapie à distance comporte sans contredit des particularités distinctes et non négligeables, rendant unique l'application de la télésanté à ce domaine. Des différences importantes existent entre une consultation psychiatrique ou médicale et une psychothérapie, particulièrement en ce qui concerne le nombre plus important de rencontres, l'importance accordée aux interactions non verbales et la nature davantage affective des échanges.

Un obstacle important au déploiement de la télépsychothérapie repose sur l'attitude plutôt négative que certains psychologues semblent adopter à l'égard de celle-ci. En effet, bon nombre d'entre eux admettent craindre que l'utilisation de la VC puisse affecter négativement le développement d'une relation thérapeutique de qualité en compromettant entre autres le niveau de chaleur, d'authenticité, d'empathie, et de sensibilité pouvant être transmis (Mitchell et al., 2008; Rees et Stone, 2005; Richardson et al., 2009). Il est effectivement possible de supposer que les contraintes associées à l'utilisation de la VC (p. ex., absence de proximité physique, temps de latence dans la transmission sonore, qualité affaiblie du son et de l'image, manque de familiarité avec l'utilisation de cette technologie, etc.) puissent affecter la facilité à

s'engager dans une relation thérapeutique de collaboration basée sur l'empathie et la confiance.

1.1.7 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique (AT), également désignée par les appellations «alliance», «alliance de travail», ou « relation thérapeutique », constitue un aspect central à toute démarche thérapeutique. Bien que la définition de l'AT ne fasse pas l'objet d'un consensus universel, certains aspects s'avèrent largement partagés à travers les différentes définitions proposées (Elvins et Green, 2008; Hatcher, 2010). Entre autres, on retrouve l'idée d'une relation de collaboration entre le thérapeute et le client, celle-ci faisant acte de plate-forme au travail thérapeutique. Le modèle tripartite élaboré par Bordin (1979) permet une intégration cohérente des différentes composantes à l'AT. Ce modèle, largement accepté à travers la communauté scientifique et clinique, conceptualise l'AT en trois composantes soit : 1) l'entente sur les objectifs thérapeutiques, 2) l'entente sur les moyens mis en place pour atteindre ces objectifs, et 3) la qualité du lien affectif entre le thérapeute et son client. Ce dernier élément réfère au développement d'un attachement positif, notamment par l'acceptation de l'autre et par une confiance mutuelle. La force principale de ce modèle repose sur le fait qu'il offre un cadre conceptuel unificateur, c'est-à-dire dépourvu de toute orientation théorique.

L'AT entre le client et son thérapeute est un processus dynamique. Les théories portant sur les fluctuations de l'AT en cours de thérapie se divisent en deux catégories distinctes. La première regroupe les modèles s'intéressant aux fluctuations transitoires et passagères de l'AT, soient les ruptures d'alliance et le processus de résolution en découlant. Les ruptures d'alliance représentent des obstacles au

traitement et peuvent contribuer à la décision du client d'abandonner la thérapie (Eubanks-Carter, Muran, et Safran, 2010; Safran et Muran, 1996). Il semblerait toutefois que la résolution de ces impasses thérapeutiques puisse agir comme tremplin au processus thérapeutique en permettant au client de surpasser ses patrons relationnels dysfonctionnels et, par le fait même, vivre une expérience émotionnelle réparatrice (Gelso et Carter, 1994).

La seconde catégorie de modèles, pour sa part, adresse la dynamique globale de l'AT en cherchant à déterminer si la relation entre un client et son thérapeute adopte certains patrons typiques de développement au cours de la psychothérapie. En ce sens, il est possible de supposer que l'AT se construise peu à peu alors que la thérapie suit son cours. Une part des études menées à ce jour concernant le développement de l'alliance en psychothérapie conventionnelle révèle effectivement une croissance progressive de celle-ci pendant la thérapie, se traduisant par une tendance linéaire croissante (de Roten et al., 2004; Hersoug, Høglend, Havik, et Monsen, 2010; Kendall et al., 2009; Kivlighan et Shaughnessy, 1995; Kivlighan et Shaughnessy, 2000; Stiles et al., 2004). Certains chercheurs avancent cependant que l'AT pourrait adopter une trajectoire plutôt stable au cours du processus thérapeutique (de Roten et al., 2004; Hersoug et al., 2010; Kivlighan et Shaughnessy, 2000; Stiles et al., 2004). Une trajectoire en forme de U (alliance élevée-basse-élevée) est également suggérée par d'autres auteurs (Gelso et Carter, 1994; Kivlighan et Shaughnessy, 2000), mais il semble que ce modèle soit le moins soutenu à ce jour (Stiles et Goldsmith, 2010). Finalement, des études plus récentes suggèrent un modèle à double pentes, soit une croissance rapide de l'AT en début de thérapie, suivie par une stabilisation de celle-ci jusqu'à la fin du traitement (Chu, Skriner, et Zandberg, 2014; Kendall et al., 2009; Stiles et al., 2004). Force est d'admettre qu'aucun constat n'existe quant au développement de l'alliance en cours de thérapie. Doit-on en conclure que l'AT se développe de façon imprévisible, sans adopter certains modèles temporels? Avant

tout, il importe de considérer que de grandes variations existent dans la méthodologie des études portant sur ce sujet : instruments de mesure employés, évaluateurs de l'AT, nombre de mesures de l'AT, durée de la psychothérapie, etc. Celles-ci pourraient expliquer en partie l'absence de consensus concernant le développement de l'AT. Il importe donc d'offrir de nouvelles études, comparables entre elles en termes de méthodologie, afin d'obtenir une meilleure compréhension de l'évolution de l'alliance en psychothérapie.

La question la plus largement investie dans le domaine de l'AT est certainement le lien qu'entretient cette variable avec l'efficacité thérapeutique. Il ne fait aujourd'hui nul doute que la qualité de la relation établie entre un client et son thérapeute représente un ingrédient actif important à toute forme de thérapie (Ahn et Wampold, 2001; Horvath et Symonds, 1991; Martin, Garske, et Davis, 2000). Il est donc crucial de se questionner sur les répercussions potentielles des contraintes imposées par la VC sur le développement de l'AT.

1.1.8 L'alliance thérapeutique en télépsychothérapie par VC

Tel que mentionné précédemment, une part non négligeable de psychologues se montrent réticents à intégrer la VC à leur pratique craignant ne pas parvenir à construire une relation thérapeutique de qualité dans un tel contexte clinique. Ces appréhensions méritent sans aucun doute un intérêt de la part de la communauté scientifique. Différentes études portant sur des psychothérapies individuelles administrées par VC ont su mettre en évidence qu'une forte AT peut émerger d'une telle modalité d'intervention dans le traitement de plusieurs troubles en santé mentale : troubles d'anxiété généralisée (Bouchard et Renaud, 2001; Watts, Théberge-Lapointe, Marchand, Langlois, et Gosselin, 2012), trouble panique avec

agoraphobie (Allard et al., 2007; Bouchard et al., 2010; Bouchard et al., 2004; Bouchard et al., 2000; Bouchard, Robillard, Marchand, Renaud, et Riva, 2007), trouble obsessionnel-compulsif (Fitt et Rees, 2012; Goetter et al., 2013; Goetter et al., 2014; Himle et al., 2006; Vogel et al., 2012; Vogel et al., 2014), anxiété sociale (Pelletier, 2002; Yuen et al., 2013), état de stress post-traumatique (Germain, Marchand, Bouchard, Guay, et Drouin, 2010; Morland et al., 2014), colère post-traumatique (Greene et al., 2010; Morland et al., 2010), troubles alimentaires (Ertelt et al., 2011; Simpson, Bell, Knox, et Mitchell, 2005), problèmes reliés à la consommation (King et al., 2014), syndrome Gilles de la Tourette (Himle et al., 2010), ou encore auprès de populations souffrant de problèmes variés (Day et Schneider, 2002; Ghosh, McLaren, et Watson, 1997; Glueckauf et al., 2002; Manchanda et McLaren, 1998; Morgan, Patrick, et Magaletta, 2008; Simpson, 2001; Simpson, Guerrini, et Rochford, 2015; Stubbings et al., 2013).

Ceci dit, une question cruciale subsiste : l'AT issue d'une psychothérapie individuelle administrée par VC peut-elle émerger avec autant de force que dans un contexte conventionnel? Un devis de recherche comportant un groupe de comparaison ayant bénéficié d'un suivi psychologique en face à face pourrait permettre de répondre à ce questionnement, mais les études adoptant cette stratégie sont encore peu nombreuses. Celles-ci révèlent toutefois des résultats prometteurs pour les clientèles souffrant d'un trouble panique avec agoraphobie, (Allard et al., 2007; Bouchard et al., 2010) d'un état de stress post-traumatique (Germain et al., 2010; Morland et al., 2014), de problèmes de consommations (King et al., 2014), ou encore de problèmes psychologiques variés (Day et Schneider, 2002; Morgan et al., 2008; Simpson et al., 2015; Stubbings et al., 2013). Dans l'ensemble de ces études, la qualité de la relation établie entre le client et le thérapeute semble comparable entre les deux modalités d'intervention. Ainsi, malgré les appréhensions des psychologues à l'égard de la

télépsychothérapie, les données existantes laissent actuellement supposer que l'AT ne serait pas compromise par l'utilisation de la VC.

Fait intéressant, il semble que les thérapeutes et les clients ne partagent pas tout à fait la même opinion lorsque questionnés au sujet de la relation thérapeutique s'étant installée au cours de la télépsychothérapie. En effet, quoique tous deux rapportent de hauts niveaux d'AT, le client jugerait plus positivement la qualité du lien établi avec son thérapeute que ne le fait ce dernier (Ertelt et al., 2011; Manchanda et McLaren, 1998; Watts et al., 2012). Certaines études affirment que les thérapeutes tendent à entretenir des croyances négatives à l'égard de l'utilisation de la VC en psychothérapie (Richardson et al., 2009; Wray, 2003). Rees et Stones (2005) suggèrent que les cliniciens pourraient, conséquemment, avoir tendance à sous-estimer la qualité de la relation en VC. Dans leur étude, ces chercheurs ont demandé à 30 psychologues cliniciens de visionner l'enregistrement d'une séance de psychothérapie puis, d'évaluer la qualité de l'AT en tant qu'observateur externe. La moitié des psychologues ont observés une séance réalisée en face à face, et l'autre moitié, une séance en VC. Les enregistrements étaient toutefois constitués d'une mise en scène, reproduite avec exactitude dans les deux modalités de traitement. Néanmoins, les psychologues de cette étude évaluent la qualité de l'AT de la séance menée en VC comme étant significativement inférieure à l'AT de la séance en face à face. D'un autre côté, des études suggèrent que les clients pourraient adopter un point de vue moins exigeant que leur thérapeute lorsqu'il est question d'évaluer la relation, et ce, sans égard à la modalité dans laquelle le traitement est offert (Langhoff, Baer, Zubraegel, et Linden, 2008; Tryon, Blackwell, et Hammel, 2007). Il importe toutefois de considérer qu'un nombre très limité d'études se sont intéressées à comparer la perspective des thérapeutes à celle des clients concernant l'AT en VC, la norme consistant à ne sonder que les participants à ce sujet. Cette réalité est surprenante, l'alliance impliquant par définition la mise en relation de deux individus.

L'évaluation de l'AT auprès des clients n'offre donc qu'un portrait partiel de la relation pouvant émerger en contexte de télépsychothérapie.

Malgré l'intérêt certain des données portant sur l'AT en VC, leur portée s'avère encore bien limitée. Le nombre d'études menées sur le sujet demeure restreint et, par le fait même, la généralisation des résultats demeure fragmentaire. La réplication des résultats est nécessaire, et ce, auprès de chaque groupe pathologique. De même, les évidences accumulées concernant la qualité de l'AT en VC s'avèrent maintenant suffisantes pour justifier un passage des essais pilotes vers des études contrôlées et randomisées. Jusqu'à ce jour, la majorité des essais réalisés demeure au stade des études de cas. L'absence de groupe de comparaison bénéficiant d'une thérapie administrée dans un format conventionnel, limite la portée des conclusions pouvant être dégagées. Un manque de transparence concernant le déroulement de l'expérimentation, dans certains cas, rend également difficile l'évaluation de la qualité des études.

Il importe également de soulever que plusieurs études font abstraction de la nature évolutive de la relation thérapeutique en n'effectuant qu'une seule évaluation de l'AT pendant le traitement. Une mesure unique de cette variable ne permet pas d'obtenir un portrait complet de la qualité de l'AT, celle-ci n'étant pas nécessairement statique. Parmi les rares études s'étant intéressées au déploiement du lien entre le thérapeute et le client à travers le temps en télépsychothérapie, seule une partie d'entre elles rapportent une AT relativement stable du début à la fin (Goetter et al., 2013; Goetter et al., 2014; Manchanda et McLaren, 1998; Pelletier, 2002; Vogel et al., 2012; Yuen et al., 2013). Les autres observent un développement progressif de l'AT entre le client et son thérapeute au cours des séances (Bouchard et al., 2007; Ertelt et al., 2011; Pelletier, 2002; Watts et al., 2012), parfois suivi par un plafonnement (Bouchard et al., 2004; Germain et al., 2010). De plus, il n'est pas clair si une relation

thérapeutique s'étant construite à distance se développe selon la même trajectoire qu'en psychothérapie conventionnelle (Ertelt et al., 2011). Certains auteurs suggèrent qu'une période d'adaptation est nécessaire aux clients ainsi qu'aux thérapeutes lors des premières rencontres en VC afin de se familiariser avec cette modalité (Mitchell, Myers, Swan-Kremeier, et Wonderlich, 2003; Simpson, 2001; Thorp et al., 2012). Le développement de l'AT pourrait conséquemment se voir retardé. Il s'avère donc hasardeux de comparer l'AT en VC à celle établie en psychothérapie conventionnelle lorsque l'évaluation a été effectuée à un moment précis, ce moment ne correspondant pas nécessairement au même stade de l'évolution de l'alliance pour les deux types de modalités. D'autres études méritent donc de voir le jour afin de contrer ces différentes lacunes.

1.1.9 L'alliance thérapeutique en télépsychothérapie par VC dans le traitement du trouble d'anxiété généralisée

Encore peu de chercheurs se sont intéressés à évaluer l'impact de la télépsychothérapie par VC sur la qualité de l'AT chez une clientèle souffrant du TAG. Pourtant, il est envisageable que les caractéristiques propres à ce trouble puissent affecter la capacité de développer une relation thérapeutique de qualité à distance. Les individus présentant un TAG faisant preuve d'une intolérance marquée à l'incertitude, l'usage de cette technologie généralement peu familière (en particulier dans le cas de la VC fixe) est susceptible de provoquer des inquiétudes de leur part et de nuire à leur capacité à s'impliquer dans le processus thérapeutique. Il semble qu'à ce jour, seulement deux études aient été menées afin d'examiner la qualité de l'AT lors d'une télépsychothérapie en VC auprès de cette population. Tout d'abord, en 2001, Bouchard et Renaud ont conduit une étude non contrôlée auprès de deux individus souffrant d'un TAG. Ayant pris part à une TCC entièrement administrée

par l'intermédiaire d'un système de VC, les deux participants ont su développer avec leur thérapeute une excellente AT. Malgré ces données encourageantes, ce n'est que près de 15 ans plus tard qu'une seconde équipe de recherche s'est intéressée à l'utilisation de la VC dans le traitement psychologique du TAG. Dans cet essai expérimental à niveaux de base multiples, 5 participants ont bénéficié de séances de TCC centrées sur le TAG administrées via l'intermédiaire d'un système de VC (Watts et al., 2012). Les résultats témoignent également de hauts niveaux d'AT.

Le trouble d'anxiété généralisée n'a donc bénéficié que de très peu d'attention de la part de la communauté scientifique dans ce champ de recherche. Qui plus est, l'absence de groupe de comparaison dans les deux études menées à ce jour restreint significativement les constats pouvant se dégager de ces expérimentations. Les résultats obtenus confirment toutefois l'importance de poursuivre des efforts afin de mieux saisir les implications de la VC sur la qualité de l'AT auprès d'une clientèle souffrant d'un TAG.

En résumé, la télépsychothérapie par VC se présente comme une solution prometteuse afin d'améliorer l'accessibilité aux services professionnels spécialisés telle que la TCC dans le traitement de plusieurs troubles de santé mentale, en l'occurrence le TAG. Toutefois, il semble qu'une proportion non négligeable de psychologues se montre réticents à intégrer cette modalité de traitement à leur pratique professionnelle. Ceux-ci craindraient, entre autres, que la VC puisse compromettre le développement d'une relation thérapeutique de qualité avec leurs clients. L'AT constitue un aspect central à toute démarche thérapeutique et les contraintes imposées par la VC portent effectivement à réflexion quant au développement de l'AT. Quelques études portant sur des psychothérapies individuelles administrées par VC ont su mettre en évidence qu'une solide AT peut émerger d'une telle modalité d'intervention, et laissent supposer que la qualité de

cette AT pourrait se montrer comparable à celle issue d'une thérapie conventionnelle. Malgré ces résultats encourageants, davantage d'études rigoureuses se doivent d'être menées. Celles-ci mériteraient d'examiner de manière spécifique la population présentant un TAG pour laquelle l'usage de cette nouvelle technologie pourrait s'avérer efficace, mais susciter des inquiétudes et ainsi entraver la capacité à développer une relation thérapeutique de qualité. L'emploi d'un devis comportant un groupe de comparaison bénéficiant d'une psychothérapie conventionnelle devrait être préconisé afin de mieux cerner l'impact de la VC sur l'AT et, conséquemment, d'évaluer la pertinence de cette modalité d'intervention. Par ailleurs, une attention particulière devrait également d'être portée sur l'écart potentiel entre le client et son thérapeute quant à leur perception de la relation thérapeutique de même que sur la trajectoire de développement de l'AT en VC.

1.2 Objectifs de la thèse et contenu de la thèse

1.2.1 Objectifs de la thèse

La présente thèse a pour objectif principal d'approfondir les connaissances au sujet de la qualité de l'AT en télépsychothérapie auprès de la population souffrant d'un TAG, et ce, en deux phases. Tout d'abord, une recension systématique des écrits scientifiques portant sur la VC appliquée aux troubles du spectre anxieux permet de mettre à jour les connaissances sur le sujet tout en identifiant les diverses lacunes provenant des études réalisées jusqu'à présent. Puis, une étude empirique sera menée afin de remédier aux limites observées dans la recension des écrits et de comparer la thérapie en VC à une thérapie conventionnelle. Celle-ci examinera de manière spécifique l'impact de l'utilisation de la VC en psychothérapie sur la qualité de l'AT auprès d'une clientèle souffrant du TAG. La perception du client, tout comme celle

du thérapeute, seront prises en considération et ce, durant toute la durée de la psychothérapie. Les résultats permettront de soutenir l'utilisation de la VC, lorsque pertinente, auprès de cette population tout en répondant aux appréhensions des psychologues concernant la relation thérapeutique en VC. À des fins exploratoires, l'étude cherchera également à approfondir les connaissances quant à l'impact de l'utilisation de la télépsychothérapie sur la trajectoire de développement de l'AT. Trois objectifs spécifiques sont donc visés :

- 1) Une mise à jour des connaissances concernant la qualité de l'AT au cours d'une psychothérapie individuelle pour un trouble du spectre anxieux administrée par VC;
- 2) L'évaluation de l'impact de l'utilisation de la VC au cours d'une psychothérapie cognitive et comportementale sur la qualité de l'AT auprès d'une clientèle présentant un TAG;
- 3) À titre exploratoire, l'observation de l'impact de l'utilisation de la VC sur la trajectoire de développement de l'AT.

Somme toute, cette thèse vise une compréhension plus juste et plus nuancée de la qualité de l'AT pouvant émerger en contexte de psychothérapie par VC. Puisque les connaissances concernant l'AT lors d'une télépsychothérapie par VC auprès d'une population présentant un TAG demeurent encore très limitées, aucune hypothèse n'est formulée dans le cadre du présent projet de recherche.

1.2.2 Contenu de la thèse

La thèse se divise en cinq chapitres distincts. Le chapitre I a permis d'introduire les notions essentielles à la compréhension de cette thèse quant à la problématique

d'accès au traitement du TAG, à la télépsychothérapie par VC ainsi qu'à la notion d'AT.

Le chapitre II comprend l'article de recension systématique des écrits scientifiques intitulé « *L'alliance thérapeutique lors d'une télépsychothérapie par vidéoconférence pour un trouble du spectre anxieux : Recension systématique des écrits* » publié en 2016 dans la Revue québécoise de psychologie. Ce chapitre constitue une première étape à l'élaboration du projet de recherche de la thèse, puisqu'il permet de faire le point sur les connaissances actuelles concernant la qualité de l'AT se développant en contexte de VC dans le traitement d'un trouble du spectre anxieux². Les constats de cette recension des écrits quant aux lacunes des études actuelles sont par la suite considérés dans l'élaboration de l'étude empirique.

Les deux chapitres suivants présentent les résultats d'une étude empirique comprenant 115 participants présentant un TAG. Ceux-ci ont bénéficié d'une TCC hebdomadaire de 15 séances, soit en VC, soit de manière conventionnelle. Les participants ont été recrutés à partir des cinq sites impliqués dans la présente recherche, soit l'Université du Québec à Montréal, l'Université du Québec en Outaouais, l'Université de Sherbrooke, l'Université du Québec à Trois-Rivières et l'Université Laval, et ont été assignés de manière aléatoire à l'une des deux modalités de traitement. Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé. L'AT a été évaluée auprès du client et de son thérapeute, et ce, à plusieurs moments au cours de la psychothérapie

² L'appellation « trouble du spectre anxieux » renvoie aux principaux troubles anxieux répertoriés dans le DSM-IV-TR (APA, 2003), soit le trouble panique avec ou sans agoraphobie, la phobie spécifique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique, et l'anxiété généralisée. Toutefois, depuis la parution du DSM-5 (APA, 2013a), le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatiques ne sont plus catégorisés comme troubles anxieux. Il serait donc injuste de faire référence aux troubles recensés en tant que troubles anxieux. Néanmoins, considérant leur fondement anxieux, l'appellation « troubles du spectre anxieux » apparaît justifiée.

(séances 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 et 15). Un questionnaire auto-rapporté validé a été employé à cette fin.

Le chapitre III est donc constitué d'un article empirique intitulé « *Telepsychotherapy by Videoconference for Generalized Anxiety Disorder : Impact on the Therapeutic Alliance* » ayant été soumis au journal scientifique *Psychotherapy* (voir l'accusé de réception à l'Appendice B). Cet article porte sur l'impact d'une TCC pour le TAG, administrée en en VC ou en face à face, sur la qualité de l'AT. L'étude menée permet de pallier certaines limites observées dans les écrits scientifiques portant sur l'AT en contexte de VC, notamment en évaluant l'AT auprès des deux acteurs impliqués dans la relation à de nombreuses occasions au cours du traitement. De plus, cette étude est, à notre connaissance, la première concernant l'AT en VC auprès d'une population présentant un TAG comportant une condition contrôle offerte en face à face.

Le chapitre IV, qui représente un chapitre supplémentaire ne faisant pas l'objet d'un article soumis pour publication, vise à approfondir les résultats obtenus au chapitre III. Ainsi, les données proviennent de la même étude et permettent l'évaluation de la qualité de l'AT selon la perspective du client et du thérapeute à plusieurs moments pendant la thérapie. Cette fois-ci toutefois, la qualité de l'AT est déconstruite en ses trois composantes telles que définies par Bordin (1979). Ce chapitre offre donc une compréhension des plus nuancée de l'impact de la VC sur le développement de chacune des composantes de l'AT auprès d'individus aux prises avec un TAG. Les documents pertinents au déroulement de l'étude empirique ainsi que les instruments de mesure sont présentés aux Appendices C à F.

Enfin, le chapitre V se compose d'une discussion générale à l'égard des différents résultats obtenus. Ce chapitre présente une synthèse des résultats observés afin d'en dégager une conclusion générale. Il propose également une analyse des facteurs

pouvant potentiellement affecter le développement de l'AT en VC. Nous explorons ensuite les implications cliniques des résultats obtenus et des pistes de recherche visant l'avancement des connaissances dans le domaine. Les forces et les limites du présent projet de recherche sont également exposées. En terminant, un plan de transfert des connaissances est proposé.

CHAPITRE II

VIDÉOCONFÉRENCE POUR UN TROUBLE DU SPECTRE ANXIEUX :
RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS

ARTICLE PUBLIÉ DANS
REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE (2016), 36(3), 277-302

L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE LORS D'UNE TÉLÉPSYCHOTHÉRAPIE PAR
VIDÉOCONFÉRENCE POUR UN TROUBLE DU SPECTRE ANXIEUX :
RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS

Stéphanie WATTS

Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada
Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
C.P. 8888 succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), H3C 3P8
grignon_watts.stephanie@courrier.uqam.ca
514-692-2827

André MARCHAND

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
C.P. 8888 succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), H3C 3P8
marchand.andre@uqam.ca
514-987-3000 (8439)

Stéphane BOUCHARD

Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en
Outaouais
C.P. 1250 succursale Hull, Gatineau (Québec), J8X 3X7
stephane.bouchard@uqo.ca
819-595-3900 (2360)

Mélyane BOMBARDIER

Département de psychologie, Université du Québec à Montréal
C.P. 8888 succursale Centre-Ville, Montréal (Québec), H3C 3P8
bombardier.melyane@courrier.uqam.ca

Résumé

La présente recension des écrits a pour objectif d'évaluer s'il est possible de développer une alliance thérapeutique (AT) de qualité au cours d'une intervention psychologique individuelle administrée par vidéoconférence pour un trouble du spectre anxieux. Dix études sont recensées. Les résultats indiquent qu'une AT de qualité peut se construire lors d'une télépsychothérapie pour un trouble du spectre anxieux. Toutefois, davantage d'études se doivent d'être menées afin d'apporter un appui empirique supplémentaire à la question. Une meilleure compréhension des conditions pouvant favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique à distance se doit également d'être visée afin d'orienter les professionnels de la santé vers une utilisation judicieuse de cette modalité d'intervention novatrice.

Mots clés : alliance thérapeutique, anxiété, télépsychothérapie, recension systématique

Abstract

This review assesses whether it is possible to build a strong therapeutic alliance (TA) during an individual psychological intervention administered by videoconference for the anxiety disorders spectrum. Ten studies were identified. Interventions were delivered by videoconference or through the Skype communication software. Results indicate that a good quality TA can emerge during telepsychotherapy for disorders of the anxiety spectrum. However, more studies need to be conducted to provide additional empirical support to this question. A better understanding of conditions promoting the establishment of a therapeutic relationship despite the distance also needs to be targeted to guide health professionals in a judicious use of this form of innovative intervention.

Key words: therapeutic alliance, anxiety, telepsychotherapy, systematic review

Introduction

Environ un tiers de la population souffrira d'un trouble du spectre anxieux au cours de sa vie (Kessler et al., 2007; Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012), c'est-à-dire de trouble panique, d'agoraphobie, de phobie spécifique, de trouble obsessionnel-compulsif, d'anxiété sociale, d'état de stress post-traumatique ou d'anxiété généralisée. Non seulement la présence d'un tel trouble est associée à d'importantes conséquences sur le plan personnel, mais elle implique également un lourd fardeau social et économique (Gadermann, Alonso, Vilagut, Zaslavsky, & Kessler, 2012; Koerner, Dugas, Savard, Gaudet, Turcotte, & Marchand, 2004). L'importance d'offrir des traitements efficaces aux personnes atteintes s'avère donc indéniable. Toutefois, un nombre restreint de thérapeutes dispose de l'expertise permettant d'offrir des services spécialisés adéquats, particulièrement dans les régions rurales et les banlieues (Bennett-Levy & Perry, 2009; Roberge, Fournier, Duhoux, Nguyen, & Smolders, 2011). Pour les populations établies à l'extérieur des grands centres, l'accès à de tels services peut impliquer des déplacements réguliers vers les régions mieux desservies. Les efforts en termes de temps, d'argent et d'énergie qui en découlent peuvent s'avérer suffisamment importants pour décourager ou empêcher certaines personnes de compléter une thérapie spécialisée, et ce, malgré l'ampleur des bénéfices qu'elle pourrait leur procurer. L'utilisation de la technologie afin d'offrir, à distance, des séances de psychothérapie représente une solution prometteuse afin d'améliorer l'accessibilité aux services professionnels spécialisés en santé mentale (Rees & Maclaine, 2015).

À l'heure actuelle, certaines technologies telles qu'internet ou le téléphone mobile sont devenues des moyens familiers de communiquer pour une vaste partie de la population. Il n'est donc pas surprenant de constater que cette vague d'avancements technologiques influence de plus en plus la pratique des professionnels de la santé, notamment ceux œuvrant en santé mentale (O'Gorman, Hogenbirk, & Warry, 2015). Le recours à des technologies de communication afin de dispenser à distance des activités psychothérapeutiques en santé mentale se nomme la télépsychothérapie (Rees & Haythornthwaite, 2004). Les différentes options technologiques permettant d'offrir une télépsychothérapie sont nombreuses : vidéoconférence, séances téléphoniques, échanges de courriels ou de texto, clavardage, applications sur téléphone mobile ou sur tablette, etc. Parmi celles-ci, la vidéoconférence s'avère la modalité privilégiée en télépsychothérapie. Cette technologie permet à des personnes situées à des endroits différents de s'entendre et de se voir simultanément et en temps réel. Elle rend également possible l'observation des comportements verbaux et non verbaux en thérapie. La vidéoconférence constitue ainsi la modalité technologique permettant de se rapprocher le plus de la psychothérapie en face à face et, par le fait même, la plus appropriée lorsqu'il est question de dispenser une télépsychothérapie. Deux types de systèmes permettent de dispenser des services de psychothérapie par vidéoconférence : les appareils fixes de vidéoconférence localisés dans un milieu universitaire ou un centre offrant des services en santé, et les systèmes mobiles de webcam directement disponibles via un ordinateur personnel, une tablette ou un téléphone intelligent (p. ex., Skype, FaceTime).

L'application de la vidéoconférence fixe ou sur un appareil mobile en psychothérapie a été étudiée auprès d'un éventail varié de populations cliniques, notamment celles présentant un trouble du spectre anxieux (Allard, Bouchard, Marchand, Cournoyer, Green-Demers, & Renaud, 2007; Bouchard et al., 2004; Fitt & Rees, 2012; Germain, Marchand, Bouchard, Drouin, & Guay, 2009; Himle et al., 2006; Pelletier, 2002; Vogel et al., 2012; Yuen et al., 2013). Les données obtenues à ce jour démontrent que la psychothérapie administrée par vidéoconférence permet une amélioration de la symptomatologie anxieuse. De surcroît, lorsque comparée à une thérapie administrée en face à face, l'efficacité de la télépsychothérapie semble similaire. Néanmoins, la télépsychothérapie demeure un outil encore peu répandu dans le secteur de la santé mentale (Simpson & Reid, 2014; Simpson, Rochford, Livingstone, English, & Austin, 2014). Un des obstacles au déploiement de cette technologie repose sur l'attitude plutôt négative que les professionnels semblent adopter à son égard, tout particulièrement en ce qui concerne l'alliance thérapeutique (AT) (Rees & Stone, 2005; Richardson, Frueh, Grubaugh, Egede, & Elhai, 2009).

L'AT, soit la relation de collaboration envers le travail thérapeutique qui s'installe entre un psychologue et son client, représente un aspect central en psychothérapie. Il a longtemps été supposé que le meilleur moment pour évaluer l'AT était à la fin de la troisième séance de psychothérapie, estimant qu'il s'agissait d'un moment crucial où la relation était bien installée (Stiles & Goldsmith, 2010). Toutefois, comme toute relation interpersonnelle, l'alliance est un processus dynamique qui évolue à travers le temps. La construction de l'AT tend à se présenter selon plusieurs patrons de

développement différents (linéaire, forme en U, stable, linéaire suivie d'un plateau plus stable). Une mesure de l'AT à un seul moment au cours d'une psychothérapie n'offre donc qu'un portrait partiel de la relation s'étant établie entre le client et son psychothérapeute. Le portrait de l'AT se montre également incomplet lorsqu'il est question des interventions ciblant les troubles du spectre anxieux. En effet, à notre connaissance, aucune étude à ce jour ne s'est intéressée à évaluer la qualité de l'AT auprès d'une population adulte consultant en psychothérapie conventionnelle pour un trouble du spectre anxieux.

Une des conceptualisations les plus largement acceptées à travers la communauté scientifique définit l'AT comme étant un amalgame des trois composantes suivantes : 1) l'accord sur les objectifs visés par la psychothérapie, 2) une entente sur les moyens mis en place pour atteindre ces objectifs, et 3) la qualité du lien affectif entre le thérapeute et son client (Bordin, 1979). C'est davantage au sujet de cette dernière dimension que se font ressentir les craintes à l'égard de la télépsychothérapie. En effet, certains psychologues se montrent craintifs à l'idée que la télépsychothérapie puisse affecter négativement le développement d'une relation thérapeutique de qualité en compromettant, entre autres, le niveau de chaleur et de sensibilité pouvant être transmis (Rees & Stone, 2005; Richardson et al., 2009). La présente recension des écrits a pour objectif d'évaluer s'il est possible de développer une AT de qualité au cours d'une intervention individuelle pour un trouble du spectre anxieux utilisant la vidéoconférence fixe ou sur un appareil mobile. Les forces et les lacunes des études

menées à ce jour seront mises en lumière afin de préciser les avenues futures de recherche.

Méthodologie

Une recension systématique des écrits scientifiques a été menée. Une procédure standardisée de sélection des études a été employée, suivie par l'extraction et l'analyse des informations pertinentes aux objectifs de cette recension.

Critères de sélection des études

Type de variable d'intérêt. Les études éligibles doivent avoir évalué la qualité de l'AT à au moins une reprise au cours de la télépsychothérapie.

Types de participants. Les études doivent avoir été menées auprès d'une population adulte présentant un trouble du spectre anxieux parmi les suivants : trouble panique, agoraphobie, phobie spécifique, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété sociale, état de stress post-traumatique, ou trouble d'anxiété généralisée. Les études portant sur une population souffrant de troubles variés doivent présenter des résultats distincts au sujet d'au moins un de ces troubles quant à la qualité de l'AT.

Types d'interventions. Les études sélectionnées doivent porter sur une intervention psychologique, peu importe son approche théorique, entièrement dispensée par vidéoconférence. Précisons toutefois qu'afin de pallier les limites imposées par la distance physique, l'ajout occasionnel (moins de 50% des heures de contact) d'autres types d'échanges est permis (p. ex., appels téléphoniques lors de séances d'exposition in vivo ne pouvant être complétées dans un lieu permettant la

télépsychothérapie). Ajoutons finalement que l'intervention se doit d'être dispensée en format individuel.

Types d'études. Les études sélectionnées doivent être rédigées en français ou en anglais. Tous les types de protocoles de recherche sont admissibles. Les thèses doctorales ont également été incluses.

Stratégie de recherche

Une recherche électronique des écrits scientifiques a été effectuée à partir des bases de données suivantes : *Medline/PubMed*, *PsycNET/PsycINFO*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL) et *Cochrane Database of Systematic Reviews* (CDSR) entre janvier 1980 et février 2016. Afin de repérer les études pertinentes à l'objectif, trois catégories de mots-clés ont été associées les unes aux autres dans chaque base de données : des mots-clés relatifs (1) à la télésanté (*telehealth, telemedicine, telepsych*, telecommunication, internet, videoconferenc**); (2) aux troubles du spectre anxieux (*panic disorder, agoraphobia, phobia, obsessive compulsive disorder, social anxiety, post-traumatic stress disorder, generalized anxiety disorder, anxiety*); et (3) à l'AT (*alliance, therapeutic process, therapeutic relationship*). Ainsi, chaque mot de la première catégorie a été combiné avec un mot de la seconde catégorie et un mot de la troisième catégorie, tous séparés par le marqueur «ET». Toutes les combinaisons possibles de mots clés ont été réalisées (144 combinaisons), en employant les champs de recherche permettant à la fois l'exploration des titres, des résumés et des mots clés («*Any Field*», «*All Field*» ou

«*All Text*»). La recherche a également été bonifiée par l'exploration des études citées dans les articles répertoriés.

Procédure de sélection

Au total, 766 articles ont été identifiés. La lecture des titres et des résumés a été réalisée afin d'exclure, en premier lieu, les articles ne comportant aucune collecte de données empiriques. Ce premier tri a permis d'écarter 235 articles. Puis, les articles dont le titre ou le résumé ne faisaient clairement pas référence à la télésanté, à un trouble du spectre anxieux, ou à une clientèle adulte ont été éliminés, réduisant le nombre d'articles à 62. Une fois ce tri réalisé, la lecture complète des articles conservés a été effectuée afin d'évaluer de façon systématique leur correspondance aux critères d'éligibilité. Deux évaluateurs ont jugé indépendamment l'éligibilité des études pré-sélectionnées. Un accord inter-juges élevé a été obtenu lors du processus de sélection des articles ($\kappa = .94$). Les désaccords ont été discutés entre les différents auteurs de l'équipe afin de prendre une décision quant à l'admissibilité des études. Dix études, dont les résultats sont contenus dans onze articles, ont été retenues et analysées puisqu'elles correspondaient aux critères d'inclusion (voir Figure 1).

Extraction et analyse des données

L'extraction des données a été réalisée par deux évaluateurs indépendants. Une grille d'analyse standardisée a été employée afin de faire ressortir les caractéristiques principales des études retenues : le lieu de l'étude, la population cible, les caractéristiques de l'échantillon, les interventions dispensées, l'évaluation de l'AT ainsi que les principaux résultats relatifs à l'AT. Une évaluation de la qualité

méthodologique des études recensées a également été menée afin d'évaluer le niveau de confiance pouvant être accordé aux conclusions de ces expérimentations. Les éléments suivants ont été choisis afin d'évaluer la qualité des études retenues : la formation d'échantillons représentatifs de la population ciblée, l'administration de l'intervention, la proportion de participants ayant complété le traitement, et l'évaluation de l'AT. Pour les études comportant un groupe de comparaison, les critères suivants ont également été évalués : l'assignation aux différentes conditions et l'équivalence des participants avant le traitement ainsi que l'équivalence du traitement administré entre les différentes conditions. Les désaccords entre les deux évaluateurs quant aux données extraites ont été révisés jusqu'à l'obtention d'un consensus. De plus, afin de clarifier certaines informations présentées dans les études retenues, il a occasionnellement été nécessaire de consulter d'autres publications issues de l'expérimentation en question (publications qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion en raison de l'absence de données rapportées sur l'AT). Certains auteurs ont également été contactés directement.

Résultats

Description des études

Une synthèse des principales caractéristiques des dix études sélectionnées se retrouve au Tableau 1. Toutes les études portent sur l'évaluation de l'AT au cours d'une télépsychothérapie d'approche cognitive et comportementale (TCC). La population ciblée par les différentes études présente un trouble parmi les

suivants : trouble panique avec agoraphobie (n= 2), trouble obsessionnel-compulsif (n= 5), état de stress post-traumatique (n= 1) ou phobie sociale (n= 2).

Sept études font usage d'un système de vidéoconférence fixe localisé dans un centre de services où les participants devaient se rendre afin de bénéficier de la télépsychothérapie. Deux d'entre-elles mentionnent avoir pris soin d'aménager un local propice à la télépsychothérapie en termes de confort, d'insonorisation et d'éclairage. Deux expérimentations emploient, pour leur part, une application de vidéoconférence (Skype) installée sur l'ordinateur personnel des participants. En ce qui a trait à la dixième étude, elle utilise à la fois la vidéoconférence fixe et une application mobile (FaceTime) installée sur une tablette. Parmi l'ensemble des études, trois comportent, en complément à la vidéoconférence, un volet d'interventions supportées par l'utilisation d'un téléphone cellulaire.

Afin de rendre possible la transmission de documents nécessaires à la thérapie (p. ex., travaux à domicile), deux études ont opté pour l'utilisation d'un télécopieur manipulé par le thérapeute ou, lorsque nécessaire, par le participant. Une autre emploie, pour sa part, un tableau blanc permettant au client de visualiser les schémas tracés par son thérapeute au cours de la thérapie. Considérant qu'une psychothérapie par vidéoconférence implique que le client se retrouve seul dans une pièce, deux études précisent avoir mis en place des mesures de précaution en cas d'urgence psychosociale ou de défaillance du système de vidéoconférence (téléphone dans le local de thérapie et assistant de recherche disponible en cas de besoin).

Deux études comparent la qualité de l'AT au cours de la télépsychothérapie à celle s'étant développée auprès de participants ayant complété une thérapie conventionnelle en face à face. Les huit autres études se centrent, pour leur part, sur une analyse descriptive de l'AT en psychothérapie par vidéoconférence sans obtenir de données sur l'AT auprès d'un groupe de comparaison. Deux d'entre elles emploient un protocole à niveaux de base multiples, et les six autres un devis préexpérimental sans groupe de comparaison. Pour l'ensemble des études, l'évaluation de l'AT est réalisée auprès des participants via l'administration de questionnaires auto-rapportés. Cinq font usage de l'*Inventaire d'alliance thérapeutique* (IAT) dans sa version originale (Horvath & Greenberg, 1989) alors que les cinq autres emploient la version courte de ce même instrument (Tracey & Kokotovic, 1989). Trois études rapportent les scores aux différentes sous-échelles de l'IAT, permettant ainsi d'examiner avec davantage de raffinement les différentes composantes de l'AT. L'*Échelle d'alliance thérapeutique de Californie* (CALPAS) est employée en combinaison à l'IAT pour une des études afin de comparer les scores obtenus à ces deux mesures. Finalement, ajoutons que pour 7 études, l'AT est évaluée à plus d'une reprise afin d'en examiner les fluctuations à travers le temps.

Qualité méthodologique des études recensées

Formation d'échantillons représentatifs de la population ciblée. Une étude a composé son échantillon à partir d'une population issue d'une région peu desservie par des services spécialisés, estimant ainsi former un échantillon davantage représentatif des utilisateurs potentiels de la télépsychothérapie (Bouchard et al.,

2004; Bouchard, Payeur, Rivard, Allard, Paquin, Renaud, & Goyer, 2000). À l'inverse, une autre étude a recruté des participants établis dans une région sans contrainte géographique quant à l'accès à un spécialiste en santé mentale (Fitt & Rees, 2012). Quatre études ont sélectionné à la fois des participants vivant loin des centres urbains et d'autres demeurant dans des régions déjà desservies par des services spécialisés (Allard et al., 2007; Germain, Marchand, Bouchard, Guay, & Drouin, 2010; Goetter, Herbert, Forman, Yuen, & Thomas, 2014 ; Yuen et al., 2013). Les quatre autres ne spécifient pas le lieu de provenance de leurs participants.

En ce qui concerne le trouble ciblé par le traitement, toutes les études recensées procèdent au diagnostic des participants par l'entremise d'une entrevue structurée ou semi-structurée validée (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* [Di Nardo, Brown & Barlow, 1994] ou *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I* [First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Janet, 1996]). Trois études indiquent avoir effectué un accord interjuges quant à l'établissement du diagnostic, mais seulement deux d'entre elles en rapportent le score ($\kappa = 0,86$ et $1,00$) (Bouchard et al., 2000 et 2004; Pelletier et al., 2002). Deux autres études mentionnent avoir obtenu un consensus sur les diagnostics sans toutefois employer de procédure d'accord interjuges (Vogel et al., 2012; Yuen et al., 2013).

Administration de l'intervention. Un protocole de traitement guide l'administration des interventions pour l'ensemble des études. L'adhésion à celui-ci est évaluée dans quatre études, mais seulement deux rapportent les scores d'intégrité thérapeutique, qui sont par ailleurs élevés (Germain et al., 2010; Pelletier et al.,

2002). Les thérapeutes offrant le traitement sont généralement des psychologues ou des étudiants gradués en psychologie. Dans deux des cas, on précise que se sont les chercheurs responsables de l'étude qui jouent ce rôle (Fitt & Rees, 2012; Pelletier et al., 2002). Ajoutons également que dans au moins une étude (Bouchard et al., 2000 et 2004), les thérapeutes agissent également en tant qu'évaluateurs. Les participants n'étant pas systématiquement pairés au thérapeute ayant mené l'évaluation initiale de leur condition, certains ont eu l'occasion de rencontrer leur thérapeute en face à face avant la télépsychothérapie alors que d'autres non.

Proportion de participants ayant complété le traitement. Six des dix études rapporte la proportion de participants ayant complété le traitement. En ce qui concerne les études à cas uniques, les taux varient entre 62,50% et 100% (Fitt & Rees, 2012; Goetter et al., 2014; Pelletier et al., 2002; Vogel et al., 2014; Yuen et al., 2013). Une autre étude, comportant pour sa part un groupe de comparaison, rapporte des taux similaires entre le traitement par vidéoconférence et celui en face à face (82,14% et 81,48% respectivement) (Allard, 2007).

Évaluation de l'alliance thérapeutique. Toutes les études emploient des instruments auto-administrés validés afin d'évaluer l'AT, soit l'IAT ou le CALPAS. Les mesures prises afin de minimiser les biais attribuables à la désirabilité sociale se doivent également d'être examinées. L'évaluation de l'AT est particulièrement susceptible à ce biais, les participants pouvant anticiper les répercussions de l'évaluation qu'ils feront de leur relation (p. ex., craindre que le psychologue puisse être contrarié, voire réprimandé pour une évaluation négative de l'AT). Seule l'étude

d'Allard et al. (2007) indique avoir mis en place certaines précautions afin de contrer la désirabilité sociale. Les participants y sont informés que leur thérapeute n'aura, en aucun cas, accès aux données obtenues concernant l'AT. De plus, on explique avoir pris soin de remettre, avec les questionnaires visant à évaluer l'AT, une enveloppe afin que les participants puissent y sceller leurs évaluations et les transmettre anonymement à l'Ordre des psychologues du Québec.

Assignment aux différentes conditions et équivalence des participants avant le début du traitement. En ce qui a trait aux deux études ayant intégré un groupe de comparaison à leur devis de recherche, l'assignation aux différentes conditions n'est pas menée de façon aléatoire et repose plutôt sur le lieu de résidence du client (Allard et al., 2007; Germain et al., 2010). Les individus bénéficiant d'une intervention en face à face proviennent d'une région desservie par des services psychologiques spécialisés alors que ceux profitant d'une psychothérapie par vidéoconférence sont issus soit d'une région urbaine comportant un bassin assez large de psychologues spécialisés, soit d'une région bénéficiant de ressources limitées. Les auteurs ne relèvent toutefois pas de différence significative entre les participants recevant une psychothérapie en face à face et ceux bénéficiant d'une psychothérapie par vidéoconférence quant aux variables sociodémographiques au pré-test. L'équivalence quant à la sévérité des symptômes, pour sa part, n'est confirmée que pour une des deux études (Germain et al., 2010).

Équivalence du traitement administré entre les différentes conditions. Le même protocole de traitement est employé dans les différentes conditions et ce, pour les

deux études avec groupe témoin (Allard et al., 2007; Germain et al., 2010). Allard et son équipe (2007) rapportent que tous les thérapeutes ont dispensé les deux modalités de traitement. Pour Germain et al. (2010), la majorité des thérapeutes, mais pas tous ont pris part aux deux types de traitement.

Résultats obtenus dans les études recensées

Études employant un devis de recherche sans groupe de comparaison. Bouchard et al. (2000, 2004) évaluent la qualité de l'AT au cours d'une TCC de 12 séances pour le trouble panique avec agoraphobie administrée en vidéoconférence. À trois reprises, soit lors des séances 1, 5 et au post-test, l'AT telle que perçue par les participants est évaluée. Les résultats révèlent des scores d'AT élevés, qui augmentent rapidement en début de thérapie pour ensuite se stabiliser. Toutefois, aucune analyse statistique inférentielle n'a été menée afin de confirmer la trajectoire de l'AT à travers les différents moments de mesure. En tenant compte des trois composantes de l'AT, qui ont pour leur part été comptabilisées seulement à partir des items de la version courte de l'IAT, on observe que l'accord sur les objectifs thérapeutiques est élevé dès le début de la thérapie et le demeure jusqu'à la fin. L'entente sur les moyens pris pour atteindre ces objectifs apparaît modérée en début de thérapie, mais augmente rapidement. Finalement, en ce qui concerne la qualité du lien affectif entre le thérapeute et le client, elle se montre élevée tout au cours de la thérapie.

Pelletier (2002) examine l'évolution de l'AT lors d'une TCC de 12 séances ciblant la phobie sociale. L'IAT est complété par les participants à toutes les 2

rencontres, soit lors des séances 1, 3, 5, 7, 9 et 11. Les résultats indiquent des niveaux élevés d'AT au cours de la thérapie. Une analyse visuelle des graphiques d'AT pour chaque participant laisse croire que l'alliance demeure stable chez 2 d'entre eux alors que, pour 3 participants, la progression de la thérapie serait accompagnée d'une augmentation de la qualité de l'AT. Une analyse de variance à mesures répétées ne permet toutefois pas de confirmer quelque conclusion que ce soit quant à la trajectoire de l'AT à travers le temps.

Himle et al. (2006) s'intéressent à la qualité de l'AT pouvant se développer chez des individus souffrant de trouble obsessionnel-compulsif au cours d'une TCC administrée par vidéoconférence. Une fois les 12 séances de télépsychothérapie complétées, la qualité de l'AT telle que perçue par les participants est évaluée. Les résultats témoignent d'une AT élevée.

Vogel et al. (2012) s'attardent également à une population souffrant de trouble obsessionnel-compulsif. La télépsychothérapie offerte comprend 6 séances de TCC dispensées par vidéoconférence. Afin d'accompagner les participants lors de leurs exercices d'exposition *in vivo*, 9 entretiens téléphoniques avec leur thérapeute sont effectués. Après la première et la dernière séance de traitement, la version courte de l'IAT est complétée par les participants. Les auteurs ne rapportent pas les scores d'AT ainsi obtenus. Ils indiquent toutefois que l'AT est élevée dès la première séance, atteignant au moins 76% du score maximal, et qu'elle demeure élevée à la fin du traitement.

Fitt et Rees (2012) évaluent la qualité de l'AT chez des individus ayant pris part à 8 séances de psychothérapie métacognitive pour un trouble obsessionnel-compulsif administrée via un système de vidéoconférence. À deux moments au cours de ce suivi, soit à la troisième séance de thérapie ainsi qu'au post-test, l'AT est évaluée. Les auteurs rapportent un score global d'AT élevé de même qu'à chacune de ses trois composantes. Il n'est toutefois pas indiqué si ces résultats font référence à l'évaluation ayant eu lieu à la troisième séance de thérapie, au post-test, ou de la combinaison de ces deux moments de mesure. Par le fait même, l'interprétation de ces données s'avère limitée.

L'étude menée par Yuen et ses collaborateurs (2013) examine l'évolution de l'AT auprès d'une population souffrant d'anxiété sociale ayant bénéficié de 12 séances de télépsychothérapie. Une application de vidéoconférence (Skype) étant installée sur leur ordinateur personnel, les individus prenant part à l'étude bénéficient d'un suivi à partir du lieu de leur choix (p.ex., leur domicile), sans avoir à se déplacer vers un centre de soins psychologiques possédant l'équipement nécessaire à la transmission de la télépsychothérapie. À quatre reprises, les participants évaluent la qualité de l'AT : à la deuxième séance, à la mi-traitement, une fois la thérapie complétée ainsi que lors du suivi 3 mois. Les résultats témoignent d'une alliance modérée et relativement stable. Toutefois, aucune analyse inférentielle n'a été menée afin d'évaluer si les légères fluctuations observées à travers le temps sont significatives. Notons que la signification des données issues de l'évaluation de l'AT 3 mois suivant

la fin de la thérapie s'avère discutable et mériterait d'être justifiée, la nature même du concept d'AT impliquant qu'une relation existe entre le participant et son thérapeute.

Goetter et al. 2014 s'intéressent à la qualité de l'AT au cours d'une TCC bimensuelle pour le TOC dispensée via une application de vidéoconférence (Skype) installée sur l'ordinateur personnel des participants. Des entretiens téléphoniques sont offerts entre les rencontres. Entre 16 et 18 séances de vidéoconférence, d'une durée de 90 minutes chacune, sont dispensées. L'IAT est complété par les participants en début de suivi, de même qu'à la fin du traitement. Les résultats font ressortir de hauts scores d'AT, autant en début qu'en fin de traitement.

Dans leur étude, Vogel et ses collaborateurs (2014) évaluent la qualité de l'AT au début d'une télépsychothérapie de 12 semaines pour le trouble obsessionnel-compulsif administrée par vidéoconférence. Les premiers participants recrutés pour l'étude bénéficient d'un suivi par vidéoconférence fixe, alors que les suivants prennent plutôt part à des séances via l'utilisation de l'application FaceTime installée sur une tablette. Afin de soutenir les exercices d'exposition, des appels téléphoniques d'une durée de 30 à 45 minutes sont également réalisés. Une fois la première séance de traitement complétée, la version courte de l'IAT est remplie par les participants. Les résultats témoignent d'une AT modérée à élevée. Aucune comparaison entre les deux types de vidéoconférences n'a été réalisée quant aux scores d'AT.

Études employant un devis de recherche avec groupe de comparaison. L'étude d'Allard et al. (2007) examine la qualité de l'AT au cours d'une TCC pour le trouble panique avec agoraphobie administrée par l'intermédiaire d'un système de

vidéoconférence afin de la comparer à celle issue d'une TCC conventionnelle. Les participants sont répartis en deux conditions. Tous bénéficient du même traitement psychologique en 12 séances, celui-ci se distinguant seulement par la modalité par laquelle il est administré. Une fois la cinquième séance de thérapie complétée, les participants évaluent la qualité de l'alliance à l'aide de l'IAT et du CALPAS. Les résultats révèlent de hauts scores d'AT aux deux instruments pour les deux conditions. Lorsque la qualité de l'AT en vidéoconférence est comparée à celle en psychothérapie conventionnelle, aucune différence significative n'est observée et ce, peu importe l'instrument de mesure employé. Qui plus est, de très petites tailles d'effet sont observées à l'issue de la comparaison entre les deux groupes de traitement (IAT, $r = .03$; CALPAS, $r = .01$).

Finalement, Germain et al. (2010) s'intéressent au développement de l'AT au cours d'une TCC pour l'état de stress post-traumatique administrée en vidéoconférence en comparaison avec une psychothérapie en face à face. À cinq moments au cours du suivi, les participants évaluent la qualité de l'AT : après avoir complété la première séance, après la cinquième séance, lors de la séance précédant le début des exercices d'exposition *in vivo*, lors de la séance mettant fin aux exercices d'exposition *in vivo*, ainsi qu'à la toute fin du traitement. Les résultats indiquent que la qualité de l'AT ne semble pas se distinguer entre les deux modalités. De plus, lorsque l'ensemble des participants est pris pour compte indifféremment de leur condition de traitement, on observe un accroissement significatif de l'AT à travers le temps, suivi d'un plafonnement de celle-ci qui demeure élevée jusqu'à la fin de la

psychothérapie. On n'observe toutefois aucun effet d'interaction significatif entre le moment de mesure et la condition de traitement, suggérant qu'il n'existerait pas de différence quant au développement de l'AT entre les deux modalités. Lorsque l'on s'attarde plus précisément à chacune des 3 sous-échelles de l'IAT, les résultats demeurent similaires.

Discussion

À l'issue des résultats rapportés par les 11 articles recensés, il semble qu'une AT de qualité puisse se développer lors d'une télépsychothérapie pour un trouble du spectre anxieux. De plus, aucune différence significative n'a pu être mise en évidence par les études s'étant intéressées à comparer l'AT issue d'une télépsychothérapie par vidéoconférence à celle obtenue au cours d'une psychothérapie conventionnelle. La qualité de l'AT ne semble donc pas compromise par l'utilisation de la vidéoconférence. Par ailleurs, le développement de l'AT à travers la psychothérapie ne semble pas adopter de profil évident.

Il peut s'avérer intéressant d'examiner plus en profondeur les aspects pouvant contribuer à la formation de l'AT et ce, malgré la distance physique ainsi que l'emploi d'un intermédiaire technologique à la communication. Par exemple, le sentiment de présence pourrait jouer un rôle déterminant dans l'émergence d'un lien thérapeutique de qualité en vidéoconférence (Bouchard, Robillard, Marchand, Renaud & Riva, 2007). Anciennement réservée au domaine de la réalité virtuelle, l'étude de cette variable s'est depuis peu étendue au contexte de la télépsychothérapie. Le sentiment de présence réfère alors à l'expérience subjective

chez le client d'être «avec son thérapeute» alors qu'en réalité, ceux-ci sont physiquement situés à des endroits différents (Bouchard & Robillard, 2006). Les quelques chercheurs s'étant intéressés au lien pouvant exister entre le sentiment de présence et le développement de l'AT révèlent que ce sentiment pourrait représenter un prédicteur de la qualité de l'AT au cours d'une télépsychothérapie par vidéoconférence (Bouchard et al., 2007; Bouchard et al., 2010; Germain et al., 2010; Robillard, Bouchard, Guitard, & Lefebvre, 2009). Par ailleurs, quatre études parmi les dix recensées ont documenté cette variable au cours de leur expérimentation et rapportent avoir obtenu des scores de présence modérés à élevés (Goetter et al., 2014; Himle et al., 2006; Vogel et al., 2012; Vogel et al., 2014).

L'exploration de l'attitude des clients envers la télépsychothérapie par vidéoconférence mérite également une certaine attention. Les réticences entretenues à l'égard de l'utilisation de cette technologie en psychothérapie sont réelles chez les usagers potentiels : crainte que le contact avec thérapeute soit impersonnel, peur que la confidentialité des échanges ne puisse être préservée, inconfort envers l'utilisation de l'équipement requis, etc. (Bischoff, Hollist, Smith, & Flack, 2004; Rohland, Saleh, Rohrer, & Romitti, 2000). Comment une relation de confiance peut-elle se construire dans un tel contexte d'appréhensions? Et bien il semblerait que les réticences et inconforts envers la vidéoconférence soient principalement éprouvés chez les individus n'ayant jamais fait l'expérience de la télépsychothérapie (Paquin, Bouchard, & Laforest, 2009). Toutefois, une fois un tel suivi entamé, les

appréhensions se dissiperaient, et ce dès les premières séances (Bischoff et al., 2004; Bouchard et al., 2000). Le niveau de confort éprouvé relativement à l'utilisation de la vidéoconférence augmenterait également au cours de la thérapie (Pelletier et al., 2002). Les réticences initiales envers la télépsychothérapie par vidéoconférence semblent donc tempérées par la familiarité avec cet outil, laissant même place à de hauts niveaux de satisfaction clinique. D'ailleurs, lorsque sondés sur leur expérience en télépsychothérapie, de nombreux clients soutiennent qu'ils en recommanderaient l'utilisation à leur entourage (Day & Schneider, 2002; Fitt & Rees, 2012; Himle et al., 2006; Morland et al., 2011; Paquin et al., 2009; Pelletier et al., 2002; Rohland et al., 2000; Simpson, Bell, Knox, & Mitchell, 2005; Vogel et al., 2012; Yuen et al., 2013).

On pourrait également croire que le fait d'aménager le local de vidéoconférence de façon à imiter autant que possible un local de psychothérapie conventionnelle pourrait aider les clients à oublier la distance physique et technologique qui les sépare de leur thérapeute. En effet, privilégier des installations confortables et adéquates en termes de luminosité et d'insonorisation semble représenter une option intéressante afin d'offrir aux clients un climat similaire à celui attendu en psychothérapie. Afin de pallier aux limites imposées par la thérapie à distance, il s'avère également nécessaire de considérer la mise en place de mesures simples et non anxiogènes permettant la transmission de documents papier (p. ex., exercices à domiciles, lectures, rapports) entre le thérapeute et le client. La présence d'une personne ressource en cas de difficulté technique ou d'une urgence psychosociale pourrait également compenser pour l'absence du thérapeute dans la pièce et, ainsi, favoriser une meilleure

adaptation des clients à cette modalité d'intervention. À notre connaissance, aucune étude ne s'est intéressée à ce jour à mesurer l'impact de l'environnement physique où se déroule la télépsychothérapie sur la capacité du client à profiter de son suivi et à s'engager dans la relation thérapeutique avec confiance. Pourtant, ceux-ci mériteraient une attention particulière afin de mieux connaître les conditions permettant une utilisation optimale de la psychothérapie par vidéoconférence.

Limites des études recensées

Une certaine réserve doit toutefois être maintenue quant aux conclusions pouvant être dégagées de cette recension. Il importe tout d'abord de souligner que le nombre restreint d'études recensées rend prématuré l'établissement de constats assurés au sujet de la qualité de l'AT au cours d'une télépsychothérapie ciblant un trouble du spectre anxieux. Cette retenue se veut d'autant plus justifiée en ce qui concerne l'idée selon laquelle la qualité de l'AT en télépsychothérapie serait équivalente à celle se construisant en contexte thérapeutique conventionnel, puisque seulement deux études ont inclus un groupe de comparaison à leur devis de recherche. Précisons également que les particularités propres à chaque trouble rendent nécessaire la réplique des résultats auprès de chaque groupe pathologique, tout particulièrement le trouble d'anxiété généralisée qui n'a bénéficié de l'intérêt d'aucun chercheur à ce jour. Davantage d'études se doivent donc d'être menées afin de confirmer les résultats obtenus au sujet de la qualité de l'AT en télépsychothérapie.

Les tailles échantillonnelles restreintes (la moitié des études sans groupe de comparaison basent leurs résultats sur un échantillon de 3 à 6 individus) limitent

également la portée des résultats obtenus. Ajoutons que dans l'ensemble des études, un protocole de traitement d'approche TCC est employé. Bien que la reproduction des résultats obtenus en TCC puisse éventuellement permettre l'établissement d'un portrait riche et solide de l'AT en télépsychothérapie pour cette approche, la généralisation des résultats obtenus à d'autres types de psychothérapie se voit en contrepartie limitée. Un autre élément méritant d'être soulevé concerne la centration des études autour de la vidéoconférence fixe en tant que modalité de télécommunication. Malgré qu'il soit d'intérêt de poursuivre l'avancement des connaissances concernant la vidéoconférence fixe, il convient également d'examiner l'application de la télépsychothérapie par l'entremise d'applications pouvant être installées sur un ordinateur personnel ou sur un appareil mobile. Ce type de vidéoconférence, de plus en plus employé à des fins personnelles, professionnelles de même que dans le milieu de la santé, mériterait une attention particulière considérant les avantages qu'il procure (possibilité de bénéficier de services à domicile sans avoir à se déplacer, faibles coûts étant donnée l'utilisation de matériel généralement déjà disponible, accès facilité à des ressources techniques en cas de défectuosité, etc.). L'utilisation de cette forme de vidéoconférence implique toutefois de nouveaux enjeux méritant d'être explorés. De ce fait, il serait audacieux de supposer que les résultats obtenus en vidéoconférence fixe au sujet de l'AT se généralisent à la vidéoconférence sur un appareil mobile.

Ajoutons que malgré que l'AT implique, par définition, la mise en relation de deux individus, l'ensemble des études recensées ne prend en considération que la

perspective du client dans son évaluation. Il est pourtant connu, du moins en psychothérapie conventionnelle, que les thérapeutes et les clients peuvent adopter un point de vue différent lorsque questionnés sur l'alliance (Bachelor, 2013; Tichenor & Hill, 1989; Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007). Il est donc envisageable qu'un écart puisse exister en ce qui concerne la perception de la relation en télépsychothérapie, les données recueillies auprès des participants n'offrant pas un portrait complet de la qualité de l'AT. Il serait donc d'intérêt de prendre en considération à la fois la perspective du client et celle du thérapeute lors de l'évaluation de l'AT. Notons également que deux des trois composantes de l'AT, soit l'accord sur les objectifs thérapeutiques ainsi que l'accord sur les moyens mis en place pour atteindre ces objectifs, font partie intégrante de la TCC. En effet, cette approche encourage une implication active du client de même qu'une attitude de collaboration entre celui-ci et son thérapeute. L'ensemble des études sélectionnées adopte une approche TCC, se centre sur des objectifs thérapeutiques clairement établis avant le début du traitement, met en place des stratégies d'intervention prédéterminées dans un protocole standardisé, et évalue l'alliance à l'aide de l'IAT, instrument composé au deux tiers d'items évaluant l'accord sur les objectifs et sur les modalités d'intervention. Il est donc envisageable que les niveaux élevés d'AT traduisent davantage de l'entente entre le thérapeute et son client sur le protocole de traitement employé que de la composante affective de l'AT. D'ailleurs, six des dix études rapportent des résultats globaux d'AT sans apporter de nuance quant aux différentes composantes de l'AT. Les recherches ultérieures mériteraient de s'attarder davantage à la relation

thérapeutique qu'à l'AT par l'entremise d'une analyse plus détaillée des scores aux différentes sous-échelles de l'IAT ou par l'utilisation de nouveaux instruments de mesure plus adaptés à l'évaluation de la composante affective de la relation thérapeute-client.

Fait intéressant, une homogénéité ressort quant au choix de l'instrument servant à mesurer l'AT. Toutefois, la façon d'en rapporter les résultats varie considérablement d'une étude à l'autre (score total, pourcentage, moyenne des scores obtenus aux items, évaluation qualitative des scores), rendant difficile la comparaison des résultats obtenus à travers les études. Notons également que le moment où l'AT est évaluée diffère d'une étude à l'autre et rend encore une fois difficile la comparaison des résultats d'une étude à l'autre. La nature dynamique de l'AT en cours de thérapie, autant en contexte conventionnel (de Roten, 2004; Hersoug et al., 2010; Kivlighan & Shaughnessy, 2000; Stiles et al., 2004) qu'en télépsychothérapie (Germain et al., 2010; Watts, Théberge-Lapointe, Marchand, Langlois, & Gosselin, 2012), est bien connue. Sept des dix études ont d'ailleurs recueilli plus d'une mesure de l'AT pendant la psychothérapie. Il est toutefois regrettable que seulement deux d'entre elles aient pris soin d'effectuer des analyses statistiques visant à explorer les fluctuations de l'AT à travers le temps. Leurs résultats divergent d'ailleurs, confirmant l'important d'accorder davantage d'attention à l'examen des fluctuations de l'AT au cours de la télépsychothérapie.

Les résultats obtenus dans les études recensées méritent également d'être nuancés à la lumière de leurs limites méthodologiques. En ce qui a trait à la sélection des

participants, il apparaît avoir été difficile pour plusieurs chercheurs de former des échantillons représentatifs de la population ciblée. Considérant le fait que la télépsychothérapie pourrait constituer un service visant davantage des populations vivant dans des régions peu desservies par des services spécialisés (Simpson & Reid, 2014), il apparaît pertinent de constituer des échantillons à partir de cette clientèle potentielle. Des différences sur le plan sociodémographique existent entre la clientèle rurale et la clientèle urbaine (Statistiques Canada, 2009). Les connaissances quant aux facteurs pouvant affecter l'établissement de l'AT en télépsychothérapie demeurant à ce jour limitées, il s'avère nécessaire de prendre les mesures nécessaires afin de contrôler toute variable pouvant potentiellement affecter la qualité de la relation.

Malgré les nombreux avantages que confère l'introduction d'un groupe de comparaison, les deux études ayant employé un devis avec condition témoin n'ont malheureusement pas mis en place de stratégie systématique pour l'assignation aux différentes conditions. Une assignation aléatoire permettrait de constituer des groupes équivalents et ainsi, de contrôler un nombre important de biais pouvant découler d'une affectation plus naturelle. Par ailleurs, une stratégie d'assignation par cohorte reposant sur le lieu de résidence des participants ferait gagner en validité externe, puisqu'elle permettrait d'évaluer de façon plus réaliste la qualité de l'AT auprès des éventuels utilisateurs de la télépsychothérapie. Une telle stratégie d'assignation impliquerait la formation d'un groupe expérimental issu de régions rurales et de banlieues et d'un groupe de comparaison issu de régions urbaines. Malgré que les deux études dont il est ici question aient composé leur groupe de comparaison de

cette façon, elles ont plutôt opté pour offrir la télépsychothérapie à des individus provenant de tous types de régions.

Bien que les interventions aient été soutenues par un protocole de traitement pour l'ensemble des études, l'implication des chercheurs principaux en tant que thérapeutes pose problème pour au moins deux des études. En effet, l'absence de contrôle envers les biais relatifs à l'expérimentateur est non négligeable lorsque l'on considère que la variable étudiée implique directement une évaluation de ce dernier. De plus, la prise de conscience par les sujets de l'étude que leur thérapeute sera impliqué dans l'analyse des données recueillies pourrait les amener à répondre différemment lorsque questionnés sur l'AT, induisant ainsi un biais de désirabilité sociale. Ajoutons que pour au moins une des études recensées, certains participants ont rencontré leur thérapeute lors de l'évaluation pré-traitement alors que d'autres non, les dyades client-thérapeute n'étant donc pas équitables en termes de durée des contacts entre le thérapeute et le client.

Un manque d'informations mérite également d'être souligné au sujet des éléments suivants : l'accord inter-juges des évaluations diagnostiques, l'adhérence au protocole de traitement, les précautions prises afin de contrer la désirabilité sociale lors de l'évaluation de l'AT et, surtout, le taux d'attrition une fois la télépsychothérapie entamée qui représente une information importante à l'évaluation de la faisabilité d'une telle intervention.

Conclusion

La distance physique imposée par l'utilisation de la télépsychothérapie ainsi que l'emploi d'un intermédiaire technologique à la communication ne semblent pas freiner l'établissement d'un lien de confiance entre le client et son thérapeute. Toutefois, davantage d'études se doivent d'être menées afin de confirmer les résultats obtenus auprès des différents troubles du spectre anxieux ainsi qu'au cours de psychothérapie d'approches variées. Les appuis empiriques actuels justifient dorénavant le recours à des devis comportant un groupe de comparaison afin d'élargir les conclusions pouvant être dégagées des études à venir. La présente recension met également en évidence la pertinence d'intégrer aux recherches futures la prise en compte de la perspective du thérapeute dans l'évaluation de l'AT ainsi que l'exploration plus spécifique de la composante affective de l'AT. Les fluctuations de l'AT à travers le temps devraient également être prise en considération. Une attention particulièrement mériterait d'être accordée aux applications pouvant être installées sur un ordinateur personnel ou un appareil mobile ainsi qu'aux nouveaux enjeux pouvant découler d'une psychothérapie ainsi dispensée.

En conclusion, la présente recension met en évidence des résultats encourageants quant à l'utilisation de la télépsychothérapie par vidéoconférence. Celle-ci pourrait contrecarrer les contraintes géographiques limitant l'accès aux services spécialisés en santé mentale et, par le fait même, représenter une solution intéressante à la disparité des ressources offertes entre les différentes régions. Par ailleurs, l'importance d'explorer davantage les différents facteurs pouvant contribuer à l'établissement

d'une AT de qualité en télépsychothérapie se fait ressentir. Une compréhension plus étendue de ces variables représenterait un allier certain à l'utilisation judicieuse et optimale de la télépsychothérapie.

Références

- Allard, M., Bouchard, S., Marchand, A., Cournoyer, L.-G., Green-Demers, I., & Renaud, P. (2007). L'efficacité de la psychothérapie pour le trouble panique en vidéoconférence : Réplication et alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie, 28*(2), 43-64.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance : Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 118-135.
- Bennett-Levy, J., & Perry, H. (2009). The promise of online cognitive behavioural therapy training for rural and remote mental health professionals. *Australasian Psychiatry, 17*, S121-S124.
- Bischoff, R. J., Hollist, C. S., Smith, C. W., & Flack, P. (2004). Addressing the Mental Health Needs of the Rural Underserved: Findings from a Multiple Case Study of a Behavioral Telehealth Project. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 26*(2), 179-198.
doi:10.1023/B:COFT.0000031242.83259.fa
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 16*(3), 252-260.
- Bouchard, S., Green-Demers, I., Allard, M., Guitard, T., Dumoulin, S., Robillard, G., . . . Cournoyer, L.-G. (2010, novembre). *Exploring the predictors of telepsychotherapy outcome and process : A focus on motivation, therapeutic*

- bond and telepresence*. Communication présentée au 44th Annual convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapy, San Francisco.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., . . . Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *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 & Behavior*, *3*(6), 999-1007. doi: 10.1089/109493100452264
- Bouchard, S., & Robillard, G. (2006). *Validation de l'échelle de téléprésence en vidéoconférence*. Unpublished manuscript. Université du Québec en Outaouais.
- Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., & Riva, G. (2007, octobre). *Presence and the bond between patients and their psychotherapists in the cognitive-behavior therapy of panic disorder with agoraphobia delivered in videoconference*. Communication présentée au congrès Presence, Barcelone.
- Day, S., & Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology : A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology*, *49*(4), 499-503.
- de Roten, Y., Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N., &

- Despland, J.-N. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 324-331. doi: 10.1002/cpp.420
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. Albany, NY: Graywind.
- Fitt, S., & Rees, C. (2012). Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder by videoconference : A preliminary study. [doi:10.1017/bec.2012.21]. *Behaviour Change, 29*, 213-229.
- First, Michael B., Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, and Williams, Janet B.W.: *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1996.
- Gadermann, A. M., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2012). Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety, 29*(9), 797-806. doi: 10.1002/da.21924
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M.-S., & Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*(1), 42-53. doi: 10.1080/16506070802473494
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M. S. (2010).

- Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 13(1), 29-35.
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., & Thomas, J. G. (2014). An open trial of videoconference-mediated exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 460-462. doi:10.1016/j.janxdis.2014.05.004
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., & Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 83, 145-159. doi: 10.1348/147608309X471497
- Himle, J. A., Fischer, D. J., Muroff, J. R., Van Etten, 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(12), 1821-1829. doi: 10.1016/j.brat.2005.12.010
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., R, D. E. G., Demyttenaere, K., Gasquet, I., . . . Ustun, T. B. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6(3), 168-176.

- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184. doi: 10.1002/mpr.1359
- 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(3), 191-201.
- Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development : A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*, 47(3), 362-371.
- Morland, L. A., Greene, C. J., Grubbs, K., Kloezeman, K., Mackintosh, M. A., Rosen, C., & Frueh, B. C. (2011). Therapist adherence to manualized cognitive-behavioral therapy for anger management delivered to veterans with PTSD via videoconferencing. *Journal of Clinical Psychology*, 67(6), 629-638. doi: 10.1002/jclp.20779
- O'Gorman, L. D., Hogenbirk, J. C., & Warry, W. (2015). Clinical Telemedicine Utilization in Ontario over the Ontario Telemedicine Network. *Telemed J E Health*. doi:10.1089/tmj.2015.0166
- Paquin, B., Bouchard, S., & Laforest, M. (2009). *Telepsychotherapy and early assessment of user's attitude and perceptions*. Manuscrit soumis pour publication.
- Pelletier, M. H. (2002). *Cognitive-behavioral therapy efficacy via videoconferencing*

for social (public speaking) anxiety disorder : Single case design (Thèse doctorale, University of British Columbia).

psychotherapy. *Professional Psychology : Research and Practice*, 36(6), 649-653.

Rees, C. S., & Haythornthwaite, S. (2004). Telepsychology and videoconferencing: Issues, opportunities and guidelines for psychologists. *Australian Psychologist*, 39(3), 212-219. doi:10.1080/00050060412331295108

Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259-264. doi:10.1111/ap.12122

Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology : Research and Practice*, 36(6), 649-653.

Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L., & Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical Psychology*, 16(3), 323-338. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x

Roberge, P., Fournier, L., Duhoux, A., Nguyen, C. T., & Smolders, M. (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 321-330. doi:10.1007/s00127-010-0186-2

Robillard, G., Bouchard, S., Guitard, T., & Lefebvre, C. (2009, juin). *Presence*

mediates the impact of attitudes and behaviors on the quality of the working alliance in telepsychotherapy for panic disorder and agoraphobia.

Communication présentée au 14th International Cybertherapy Conference, Verbania (Italy).

Rohland, B. M., Saleh, S. S., Rohrer, J. E., & Romitti, P. A. (2000). Acceptability of telepsychiatry to a rural population. *Psychiatric Services, 51*(5), 672-674.

Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy Via Videoconferencing : A Route to Client Empowerment? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(2), 156-165. doi: 10.1002/cpp.436

Simpson, S., & Reid, C. (2014). Telepsychology in Australia: 2020 vision. *Aust J Rural Health, 22*(6), 306-309. doi:10.1111/ajr.12103

Simpson, S. G., Rochford, S., Livingstone, A., English, S., & Austin, C. (2014). Teleweb Psychology in Rural South Australia: The Logistics of Setting Up a Remote University Clinic Staffed by Clinical Psychologists in Training. *Australian Psychologist, 49*, 193-199.

Statistiques Canada. (2009). Recensement de 2006 : *Portrait de la population canadienne en 2006, selon l'âge et le sexe : Dynamique de la population infraprovinciale*. Tiré de <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-551/p17-fra.cfm>

Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., . . . Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture–repair hypothesis : Are productive relationships U-shaped or V-

- shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.81
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 44-62). New York: The Guilford Press.
- Tichenor, V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy*, 26(2), 195-199.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment : A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(3), 207-210.
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629-642. doi: 10.1080/10503300701320611
- Vogel, P. A., Launes, G., Moen, E. M., Solem, S., Hansen, B., Håland, Å. T., & Himle, J. A. (2012). Videoconference- and cell phone-based cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder : A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 158-164.
- Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Haland, A. T., . . . Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 63c, 162-168. doi:10.1016/j.brat.2014.10.007
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin,

S., . . . Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 389-397. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.03.002

Watts, S., Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F., & Gosselin, P. (2012, mars). *Le développement d'une alliance thérapeutique lors d'une intervention cognitive-comportementale pour traiter le trouble d'anxiété généralisée : Écart entre la perception du thérapeute et celle du client*. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Sherbrooke (Québec).

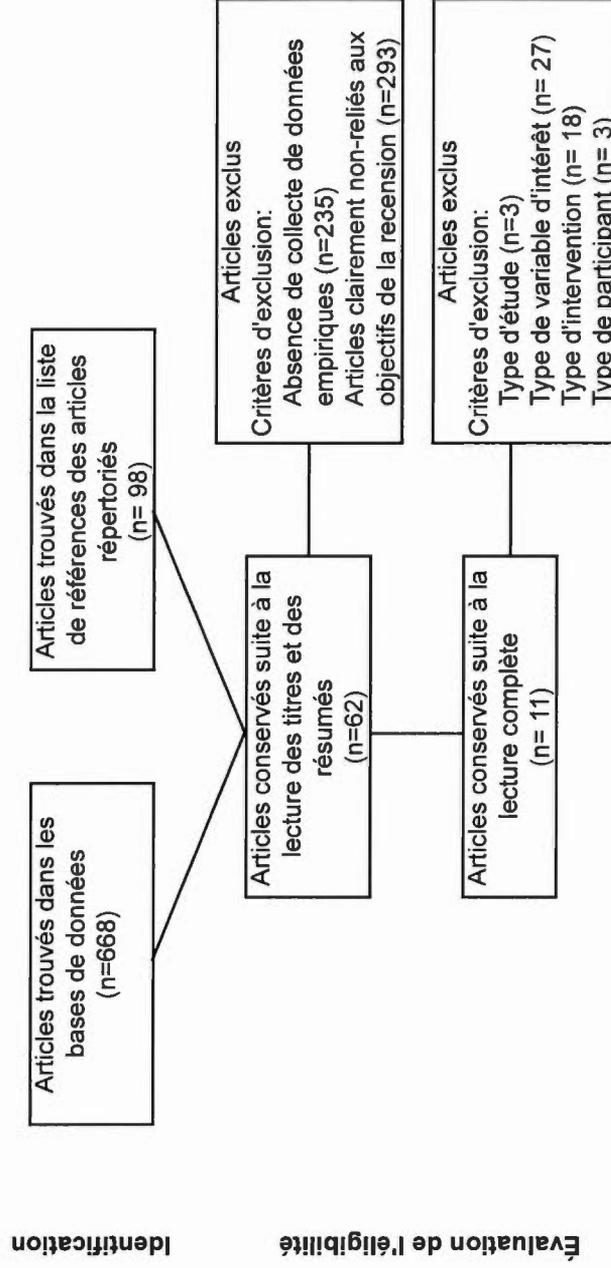


Figure 1. Processus de sélection des études recensées

Tableau 1
Caractéristiques des études recensées

Étude, pays et population cible	Échantillon final et intervention		Évaluation de l'AT	Résultats	
	Groupe expérimental	Groupe de comparaison		Analyses descriptives sur l'AT (score moyen/score maximal possible)	Analyses inférentielles sur l'AT
Allard <i>et al.</i> (2007) Canada Trouble panique avec agoraphobie	n = 23 78,30 % femmes Moyenne de 33,96 ans Lieu de provenance : Région peu desservie par des services spécialisés + Région desservie par des services spécialisés Modalité : Vidéoconférence fixe Type de traitement : TCC, 12 séances de 60 minutes	n = 22 72,70 % femmes Moyenne de 37,95 ans Lieu de provenance : Région desservie par des services spécialisés Modalité : Face à face Type de traitement : TCC, 12 séances de 60 minutes	IAT et CALPAS Mesures complétées par les participants	Vidéoconférence : 228,26 /252 (IAT) (séance 5) 154,05 /168 (CALPAS) (séance 5) Face à face : 235,00 /252 (IAT) (séance 5) 156,19 /168 (CALPAS) (séance 5)	Pas de différence significative entre la condition vidéoconférence et la condition face à face (IAT et CALPAS)
Bouchard <i>et al.</i> (2000, 2004) Canada Trouble panique avec agoraphobie	n = 21 71,43 % femmes Moyenne de 38,80 ans Lieu de provenance : Région peu desservie par des services spécialisés Modalité : Vidéoconférence fixe Type de traitement : TCC, 12 séances de 60 minutes	n/a	IAT Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : 222,20 /252 (séance 1) L : 25,9 /28 O : 25,2 /28 M : 22,6 /28 243,10 /252 (séance 5) L : 27,7 /28 O : 25,2 /28 M : 27,1 /28 242,40 /252 (post-traitement) L : 26,8 /28 O : 27,2 /28 M : 27,2 /28	n/a
Fitt & Rees (2012) Australie Trouble obsessionnel-compulsif	n = 3 66,66 % femmes Moyenne de 51,67 ans Lieu de provenance : Région desservie par des services spécialisés Modalité : Vidéoconférence fixe Type de traitement : TCC (thérapie métacognitive), 8 séances de 60 minutes	n/a	IAT-court Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : 89 % (séance 3 ou post-traitement) L : 92 % O : 82 % M : 93 %	n/a

Tableau 1
Caractéristiques des études recensées (suite)

Étude, pays et population cible	Échantillon final et intervention		Évaluation de l'AT	Résultats	
	Groupe expérimental	Groupe de comparaison		Analyses descriptives sur l'AT (score moyen/score maximal possible)	Analyses inférentielles sur l'AT
<p>Germain <i>et al.</i> (2010) Canada État de stress post-traumatique</p>	<p>$n = 17$ 64,71 % femmes Moyenne de 42 ans (2 groupes confondus) Lieu provenance : Région peu desservie par des services spécialisés + Région desservie par des services spécialisés Modalité : Vidéoconférence fixe Type de traitement : TCC, 16 à 25 séances de 60 minutes</p>	<p>$n = 29$ 55,17 % femmes Moyenne de 42 ans (2 groupes confondus) Lieu provenance : Région desservie par des services spécialisés Modalité : Face à face Type de traitement : TCC, 16 à 25 séances de 60 minutes</p>	<p>IAT Mesure complétée par les participants</p>	<p>Vidéoconférence : 205,23 / 252 (séance 1) L : 21,64 / 28 O : 5,9 % ont 26,5 et plus / 28 M : 21,29 / 28 218,79 / 252 (séance 5) L : 23,68 / 28 O : 23,5 % ont 26,5 et plus / 28 M : 23,39 / 28 222,19 / 252 (préexposition) L : 23,66 / 28 O : 35,3 % ont 26,5 et plus / 28 M : 24,26 / 28 223,87 / 252 (post-exposition) L : 24,51 O : 35,3 % ont 26,5 et plus / 28 M : 24,64 / 28 221,26 / 252 (post-traitement) L : 24,00 / 28 O : 41,2 % ont 26,5 et plus / 28 M : 24,38 / 28 Face à face : 209,67 / 252 (séance 1) L : 21,74 / 28 O : 20,7 % ont 26,5 et plus / 28 M : 22,71 / 28 222,74 / 252 (séance 5) L : 22,87 / 28 O : 51,7 % ont 26,5 et plus / 28 M : 24,65 / 28 225,87 / 252 (préexposition) L : 23,78 / 28 O : 48,3 % ont 26,5 et plus / 28 M : 25,40 / 28 229,03 / 252 (post-exposition) L : 24,32 / 28 O : 55,2 % ont 26,5 et plus / 28 M : 25,65 / 28 226,71 / 252 (post-traitement) L : 24,52 / 28 O : 48,3 % ont 26,5 et plus / 28 M : 25,05 / 28</p>	<p>Pas de différence significative entre la vidéoconférence et la condition face à face</p>

Tableau 1
Caractéristiques des études recensées

Étude, pays et population cible	Échantillon final et intervention		Résultats	
	Groupe expérimental	Groupe de comparaison	Évaluation de l'AT	Analyses descriptives sur l'AT (score moyen/score maximal possible)
Goetter <i>et al.</i> (2014) États-Unis Trouble obsessionnel-compulsif	n = 15 86,70 % femmes Moyenne de 32,20 ans Lieu provenance : Région peu desservie par des services spécialisés + Région desservie par des services spécialisés Modalité : Vidéoconférence sur appareil mobile via l'application Skype + appels téléphoniques entre les séances Type de traitement: TCC, 16 à 18 séances de 90 minutes	n/a	IAT-court Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : 6,17 (mi-traitement) 5,92 (post-traitement) n/a
Himie <i>et al.</i> (2006) États-Unis Trouble obsessionnel-compulsif	n = 3 100 % femmes Moyenne de 29 ans Lieu provenance : Non rapporté Modalité : Vidéoconférence fixe Type de traitement : TCC, 12 séances de 60 minutes	n/a	IAT Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : 227 /252 (post-traitement) n/a
Pelletier (2002) Canada Phobie sociale	n = 5 40 % femmes Moyenne de 28,50 ans Lieu provenance : Non rapporté Modalité : Vidéoconférence fixe Type de traitement: TCC, 12 séances de 50 minutes	n/a	IAT Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : 211,40 /252 (séance 1) 214,60 /252 (séance 3) 220,40 /252 (séance 5) 221,00 /252 (séance 7) 223,80 /252 (séance 9) 227,00 /252 (séance 11) n/a
Vogel <i>et al.</i> (2012) Norvège Trouble obsessionnel-compulsif	n = 6 83,33 % femmes Moyenne de 31,50 ans Lieu provenance : Non rapporté Modalité : Vidéoconférence fixe + appels téléphoniques lors des séances d'exposition <i>in vivo</i> Type de traitement : TCC, 6 séances de vidéoconférence d'une durée de 90 minutes et 9 séances téléphoniques d'une durée de 30 à 45 minutes	n/a	IAT-court Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : L'AT atteint des scores élevés (séances 1 et 15) n/a

Tableau 1
Caractéristiques des études recensées

Étude, pays et population cible	Échantillon final et intervention		Résultats		
	Groupe expérimental	Groupe de comparaison	Évaluation de l'IAT	Analyses descriptives sur l'IAT (score moyen/score maximal possible)	Analyses inférentielles sur l'IAT
Vogel <i>et al.</i> (2014) Norvège	n = 10 60 % femmes Moyenne de 28,80 ans Modalité : Vidéoconférence fixe et appels téléphoniques (n = 4) ou vidéoconférence sur appareil mobile via l'application FaceTime et appels téléphoniques (n = 6) Type de traitement: TCC	n/a	IAT-court Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : 5,80/7 (séance 1)	n/a
Yuen <i>et al.</i> (2013) États-Unis Anxiété sociale	n = 21 25 % de femme (échantillon de départ) Moyenne de 35 ans (échantillon de départ) Lieu de provenance : 8 % viennent d'un milieu rural, 92 % d'un milieu urbain (échantillon de départ) Modalité : Vidéoconférence sur appareil mobile via l'application Skype Type de traitement : TCC, 12 séances de 60 minutes	n/a	IAT-court Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : 5,22 (séance 2) 5,00 (mi-traitement) 5,73 (post-traitement) 5,60 (suivi 3 mois)	n/a

Note. TCC = Thérapie cognitive et comportementale; IAT = Inventaire d'alliance thérapeutique; L = Lien affectif à l'IAT; M = Moyens à l'IAT; CALPAS = Échelle d'alliance thérapeutique de Californie

CHAPITRE III

TELEPSYCHOTHERAPY BY VIDEOCONFERENCE FOR GENERALIZED
ANXIETY DISORDER: IMPACT ON THE THERAPEUTIC ALLIANCE

ARTICLE SOUMIS POUR PUBLICATION AU JOURNAL
PSYCHOTHERAPY

Telepsychotherapy by Videoconference for Generalized Anxiety Disorder: Impact on
the Therapeutic Alliance

Stéphanie Watts and André Marchand

Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard

Université du Québec en Outaouais

Patrick Gosselin

Université de Sherbrooke

Frédéric Langlois

Université du Québec à Trois-Rivières

Geneviève Belleville

Université Laval

Michel J. Dugas

Université du Québec en Outaouais

Author note

Stéphanie Watts, Department of Psychology, Université du Québec à
Montréal ; André Marchand, Department of Psychology, Université du Québec à
Montréal ; Stéphane Bouchard, Department of Psychoeducation and Psychology,
Université du Québec en Outaouais ; Patrick Gosselin, Department of Psychology,
Université de Sherbrooke ; Geneviève Belleville, School of Psychology, Université
Laval ; Frédéric Langlois, Department of Psychology, Université du Québec à Trois-

Rivières; Michel J. Dugas, Department of Psychoeducation and Psychology,
Université du Québec en Outaouais.

This manuscript was written as part of Stéphanie Watts' doctoral dissertation.

This research was supported by grants from the Canadian Institutes of Health
Research.

Correspondence concerning this article should be addressed to Stéphanie
Watts, M.Ps., Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, C. P.
8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, Canada. E-mail:
grignon_watts.stephanie@courrier.uqam.ca

RÉSUMÉ

La télépsychothérapie par vidéoconférence (VC) représente une solution prometteuse aux problèmes d'accès aux services spécialisés en santé mentale. Toutefois, la qualité de l'alliance thérapeutique (AT) pouvant s'établir dans un tel contexte thérapeutique est parfois mise en doute. Cette étude évalue l'impact d'une thérapie cognitive-comportementale administrée en VC ou en face à face sur la qualité de l'AT. Cent quinze participants présentant un trouble d'anxiété généralisée ont pris part à cet essai randomisé contrôlé, 50 en VC et 65 en face à face. L'Inventaire d'Alliance Thérapeutique a été complété par les clients ainsi que par leur thérapeute à toutes les deux séances. Les résultats indiquent que l'utilisation de la VC ne nuit pas à l'établissement de l'AT chez les individus souffrant d'un TAG. Au contraire même, les clients affichent une AT supérieure en VC qu'en thérapie conventionnelle. De plus, les clients semblent mieux composer avec une relation thérapeutique à distance que ne le font les thérapeutes. Les implications cliniques de ces résultats sont discutées.

Abstract

Telepsychotherapy by videoconference (VC) represents a promising solution to problems pertaining to specialized mental health services accessibility. However, the quality of the therapeutic alliance (TA) established in such a therapeutic context is sometimes questioned. This study evaluates the impact of cognitive behavioral therapy administered by VC or face-to-face on the quality of the TA. One hundred and fifteen participants suffering from Generalized Anxiety Disorder (GAD) took part in this randomized controlled trial, 50 by VC and 65 in person. The clients and their therapist completed the Working Alliance Inventory (WAI) every two sessions. The results indicate that the use of VC does not interfere with the establishment of the TA in individuals with GAD. On the contrary, clients showed a stronger TA in VC than in conventional therapy. In addition, clients seemed to cope better with a remote TA than the therapists. The clinical implications of these findings are discussed.

Keywords: therapeutic alliance, videoconference, generalized anxiety disorder, cognitive behavioral therapy

Introduction

The availability of specialized mental health services remains problematic for many individuals today. As the majority of specialists practice around urban centers, access to cutting-edge services can be complicated for individuals living on the outskirts of major cities (Roberge Fournier, Duhoux, Nguyen, & Smolders, 2011; Roufeil, Batty & Lipzker, 2007; Simpson & Reid, 2014). In addition, certain groups such as indigenous populations, the military, or incarcerated individuals, also have a limited number of available specialists to meet their mental health needs (Peachey, Hicks, & Adams, 2013).

The use of telepsychotherapy by videoconference (VC) for remote psychotherapy sessions represents a solution to facilitate access to specialized mental health services. This technology lets the therapist and their client hear and see each other, and experience a real-time exchange despite the physical distance separating them. It also allows for the observation of verbal and non-verbal behaviors during psychotherapy sessions. Thus, despite the use of an intermediate technological interface, telepsychotherapy by VC closely resembles face-to-face psychotherapy. Several empirical studies have demonstrated that telepsychotherapy administered by VC provides comparable results to those obtained by conventional psychotherapy regarding symptom reduction in numerous mental health disorders (Backhaus et al, 2012; Rees & Maclaine, 2015).

A sound therapeutic alliance (TA) is an essential prerequisite (corrélation, voir correcteur 1 de l'article) to the success of any form of psychotherapy, explaining a

significant part of clinical efficacy (Ahn & Wampold, 2001; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis 2000). TA refers to the collaborative relationship towards the therapeutic work that happens between therapist and client. Although many elements can be associated with this concept, Bordin's model (1979) provides a coherent integration of different components of TA. It conceptualizes the alliance in three elements: 1) an agreement on the goals of the psychotherapy, 2) an agreement on the tasks used to achieve these goals, and 3) the quality of the emotional bond between the therapist and its client.

Several researchers have been interested in measuring the quality of TA initiated remotely. Studies conducted to date indicate that a strong TA can be established in the context of VC telepsychotherapy, for instance in patients with panic disorder (Allard et al., 2007; Bouchard et al., 2010; Bouchard et al., 2004; Bouchard et al., 2000, Bouchard, Robillard, Marchand, Renaud, & Riva, 2007), obsessive-compulsive disorder (Fitt & Rees, 2012; Goetter et al., 2013; Goetter, Herbert, Forman, Yuen, & Thomas, 2014; Himle et al., 2006; Vogel et al., 2012; Vogel et al., 2014), social anxiety disorder (Pelletier 2002, Yuen et al., 2013), post-traumatic stress disorder (Germain, Marchand, Bouchard, Guay, & Drouin, 2010; Morland et al., 2014), depressive disorder (Manchanda & McLaren, 1998; Stubbings, Rees, Roberts, & Kane, 2013), and eating disorder (Ertelt et al., 2011, Simpson, Bell, Knox, & Mitchell, 2005). However, several mental health disorders have not yet been studied.

The existing results are promising. Yet, since the majority of these studies do not have a comparison group having undergone conventional psychotherapy, the potential impact of VC use on TA is not sufficiently documented. In addition, certain specific TA-related factors have not been considered in a large proportion of studies conducted to date. For example, the majority of studies evaluate TA from the client's perspective without considering the therapist's point of view. However, clients and therapists do not necessarily share the same perception of the quality of their relationship (Bachelor, 2013; Langhoff, Baer, Zubaegel, & Linden, 2008; Tryon, Blackwell, & Hammel, 2007). Studies suggest that clients may adopt a less severe viewpoint than their therapist when evaluating the relationship, regardless of the modality in which treatment is offered (Langhoff et al., 2008; Tryon et al., 2007). On the other hand, some studies show that therapists tend to hold negative beliefs about the use of VC in psychotherapy (Richardson, Frueh, Grubaugh, Egede, & Elhai, 2009; Wray, 2003). Rees and Stones (2005) suggest that clinicians may consequently underestimate the quality of the relationship in VC. Hence, data obtained exclusively from clients only provides a partial picture of TA in VC.

It is also important to note that most studies evaluate TA only once during telepsychotherapy and therefore do not take into account its fluctuations through the therapeutic process. The TA is a dynamic process that tends to fluctuate during psychotherapy. The study of TA trajectories highlights several hypotheses about its development during psychotherapy: steady TA, increasing linear trajectory, quadratic trajectory (U or V-shaped) (Stiles & Goldsmith, 2010). While no consensus exists

regarding the developmental profile of the client-therapist relationship, it is known that the TA is not necessarily stable throughout the psychotherapy (Stiles et al., 2004). A single measurement of TA in telepsychotherapy therefore does not provide a complete assessment of the quality of the relationship. Moreover, it is not clear whether a TA developed at a distance follows the same trajectory as in conventional psychotherapy (Ertelt et al., 2011). Some authors suggest that an adjustment period is necessary for clients and therapists during the first VC meetings in order to become familiar with the modality (Mitchell, Myers, Swan-Kremeier, & Wonderlich, 2003, Simpson, 2001; Thorp, Fidler, Moreno, Floto, & Agha, 2012). The development of the TA could consequently be delayed. It is therefore risky to compare single measures of TA established in VC versus in conventional psychotherapy, as the timing of the evaluations may not necessarily correspond to the same stage of evolution of the alliance for both types of modalities. The need for a more complete picture of TA in telepsychotherapy compared to TA in conventional psychotherapy is therefore present.

VC psychotherapy could be beneficial for a large number of individuals suffering from mental health problems, including those with generalized anxiety disorder (GAD). GAD represents a troubling clinical condition associated with significant distress and important personal, social and economic repercussions (Hoffman, Dukes, & Wittchen, 2008, Revicki et al., 2012, Stein & Heimberg, 2004; Wittchen, 2002). One of the main characteristics of individuals suffering from GAD is their marked intolerance to uncertainty, causing them to worry excessively when

faced with new situations (Dugas, Buhr, & Ladouceur, 2004). Since VC telepsychotherapy is unfamiliar to many clients, it is likely to trigger worry among clients with GAD and, as a result, impair their ability to become involved in the therapeutic process. To our knowledge, two studies to date have investigated whether GAD-affected individuals were able to establish a quality alliance with their therapist in VC (Bouchard & Renaud 2001, Watts, Théberge-Lapointe, Marchand, Langlois, & Gosselin, 2012). In both studies, high levels of TA were reported. However, the lack of a conventional psychotherapy comparison group and the use of very small sample sizes ($n = 2$ and 5) limit conclusions that can be drawn. One of these studies (Watts et al., 2012) observed a significant difference between the therapist and the client's perceptions of the bond, with the client evaluating the relationship more positively than the therapist. The study also highlights a linear development of TA throughout the course of therapy. This study therefore demonstrates the importance of evaluating the TA both with the therapist and his client, as well as the relevance of obtaining several measures of the quality of the alliance throughout the clinical course.

The objective of this article is to evaluate the impact of a cognitive behavioral psychotherapy (CBT) for GAD, administered in VC or face-to-face, on the quality of the TA. Both the clients' and the therapists' perspectives are taken into consideration at several points during psychotherapy. The study also seeks to explore the developmental trajectory of TA in telepsychotherapy.

Method

Participants

One hundred and fifteen adults with GAD participated in the study, with 50 in the VC treatment modality and 65 in the face-to-face treatment modality. Table 1 presents the characteristics of the sample according to treatment modality.

Insert table 1

Participants were recruited from university psychology clinics specializing in anxiety disorders located in five cities in the Province of Quebec (Canada): Montreal, Gatineau, Trois-Rivières, Sherbrooke, and Quebec City. The recruitment took place from March 2014 to January 2015. In order to participate in the study, participants were required to have a primary diagnosis of GAD, be aged between 18 and 75, and have a sufficient command of French. In addition, participants had to agree not to receive any other psychotherapy during the course of treatment and to refrain from starting or ceasing anxiolytic or antidepressant medication. Participants who underwent cognitive behavioral psychotherapy in the past 6 months and those taking anxiolytic or antidepressant medication for less than one or three months respectively were not eligible. Also, individuals with a secondary diagnosis of borderline personality disorder, substance-related disorder, schizophrenia, psychotic disorder,

bipolar disorder, organic brain disorder, intellectual deficiency, firm suicidal intentions or a physical contraindication to participate (e.g., hearing impaired) were excluded from the study.

In addition to the 115 participants who participated to the study, a total of 16 participants dropped out of the VC treatment modality and 11 dropped out of the face-to-face treatment modality. Only three of these participants interrupted treatment because of discomfort related to videoconferencing. In addition, one individual from the VC modality and three from the face-to-face modality were excluded from the study after the treatment had begun because of a disorder other than GAD had become primary during the treatment or due to the need to start a new medication. Two participants were excluded from the analyses because more than 20% of their WAI data were missing. Figure 1 provides a flowchart of the participants.

Insert figure 1

Treatment

Participants received a standardized cognitive behavioral psychotherapy (CBT) based on the Intolerance of Uncertainty Model of GAD (Dugas & Robichaud, 2007). The treatment protocol consisted of 15 one-hour weekly meetings and was composed of six modules targeting the following elements: psychoeducation on the symptoms of GAD and the principles of CBT, questioning the usefulness of worrying, developing a greater tolerance to uncertainty, correcting problem

orientation and problem solving, written exposure to worry, and relapse prevention (Dugas & Bouchard, 2013).

Trained clinicians experienced in the application of CBT administered the treatment. Supervision was provided by the study researchers (AM, SB, PG, FL, GB, MD). For most therapists, this was their first experience in telepsychotherapy. Training on the use of the VC system was therefore provided. The vast majority of clinicians treated participants in each of the two treatment modalities in order to distribute any biases related to the therapists' characteristics. All of the participants signed a consent form before their treatment began and had to agree for the sessions to be video recorded in order to ensure the integrity of the therapeutic interventions. A treatment rating chart for GAD was used to ensure that the provided therapy respected the protocol in both treatment modality. A sample of 25% of treatment sessions was chosen at random and analysed by independent evaluators trained in CBT.

Research procedure

This study was part of a larger project evaluating a VC-administered psychological intervention to treat GAD. It was approved by the ethics committees of all sites involved. An experimental design with random assignment to one of the two treatment modalities was used. Individuals interested in taking part in the study were invited to a clinical interview to verify their eligibility. Pre-treatment assessments were recorded in order to proceed with inter-judge agreement on diagnosis. When differences of opinion on the diagnosis occurred, a discussion between the

researchers of the study allowed the establishment of a consensus diagnosis. The evaluation interview was conducted face-to-face by graduate psychology students. Eligible participants were then informed of the implications of participating in the study, and those who were interested in participating were randomly assigned to one of the two intervention modalities. For participants in the VC modality, a second random assignment was performed to determine the distant site responsible for providing psychotherapy.

All participants were required to go to the university clinic from which they had been recruited to take part in the sessions. Individuals assigned to the conventional treatment modality were welcomed by their therapist and those assigned to the VC modality, by a research assistant. The assistant left the telepsychotherapy room from the beginning of the session but remained available in case of technical difficulty or emergency. Both clients and therapists evaluated the TA after sessions 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 and 15. To minimize bias due to social desirability, clients from both modalities were informed that their therapists would have no access to their answers concerning the TA. An envelope was given to them so that they could seal their completed questionnaires and deposit it in a locked box whose access was limited to the researchers of the study.

Material

The technical equipment used consisted of a Tandberg Mx90 VC system enabling data transmission between sites at 1.544 Mbp/sec through an IP link, a 32-inch monitor, and a video camera. VC units were permanently installed in the same

rooms as those used for conventional psychotherapy. The height of the video monitor and the distance between the monitor and the chair where the participant sat were intended to replicate the location of a therapist who would have been present face-to-face. A telephone and the numbers of the other sites were available in all therapy rooms so that the therapist could contact the participant in case of major difficulty with the VC device. Finally, a computer connected to the Internet was used to assure the transmission, by the assistant, of documents between the client and the therapist.

Instruments

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV. The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; Di Nardo, Brown & Barlow, 1994) was used to establish the GAD diagnosis and to detect the presence of other disorders, such as anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, obsessive-compulsive disorder, mood disorders, somatization disorders, as well as substance use disorders. The presence of psychotic symptoms is also briefly examined. The interview was adapted to meet the DSM-5's diagnostic criteria. The ADIS-IV provides scores of clinical severity ranging from 0 (no symptom, distress or interference to normal functioning) to 8 (severe symptoms, distress, or interference to normal functioning). The ADIS-IV possesses good inter-rater reliability with kappa coefficients ranging from .67 to .86 for the different anxiety disorders (Di Nardo et al, 1994).

Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II. The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-II (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, William, & Benjamin, 1997) is a validated structured interview for assessing personality

disorders. In this study, only the borderline personality disorder module was used. The SCID-II's inter-rater reliability for this disorder is high, with a kappa coefficient of .91 (Maffei et al., 1997). The interview was conducted in two stages. First, a 15-item self-administered questionnaire was used to screen participants susceptible for borderline personality disorder. When a threshold of 4 or more positive responses was reached on the questionnaire, a structured interview related to the positively scored items was administered. Individuals with a SCID-II borderline personality diagnosis were excluded from the study.

Working Alliance Inventory. The quality of the TA was evaluated by the Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), a validated self-administered questionnaire based on Bordin's conceptualization (1979). The WAI is the most widely used research tool for the evaluation of TA (Martin et al., 2000). The client version of the instrument has a Cronbach's alpha of .93 and the therapist version has a composite reliability of .87 (Horvath & Greenberg, 1989). The WAI consists of 36 items rated on a seven-point Likert scale ranging from "never" to "always". Both clients and therapists completed the inventory after sessions 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 and 15.

Results

Data processing

The data were analyzed using IBM SPSS Statistics version 22 statistical software. A .05 alpha threshold was used as index of significance. Missing data from the WAI were replaced using an interpolation procedure (3.32% of the data). The

analyses were performed on data from participants who completed the therapy ($n = 115$). Before carrying out statistical analyses, postulates for parametric tests were verified. Data obtained for the WAI had to be transformed.

Preliminary analysis

In order to verify the equivalence of participants in both treatment modalities before the start of therapy, preliminary statistical analyses were carried out on the severity of GAD and socio-demographic variables (age, sex, annual household income, education, employment status, medication use, past psychotherapy experience and comorbidities). Depending on the type of variable, *t*-tests for independent samples or non-parametric chi-square tests were used. The results showed that participants in the VC modality were equivalent to those in the face-to-face modality with respect to GAD severity, age, gender, annual household income, education, medication use, past psychotherapy experience and type of comorbidities presented. The effectiveness of psychotherapy according to treatment modality was evaluated in an earlier publication (Bouchard et al., 2016). The results revealed a significant clinical and statistical improvement of the participants between the beginning and end of the therapy. There was no significant difference between the two treatment modalities in this regard.

T-tests or non-parametric chi-square tests were also conducted on socio-demographic variables, pre-test GAD severity, and treatment modality to ensure that participants who dropped out of treatment did not differ from those who completed it. These analyses revealed no significant difference between participants who dropped

out and those who completed the treatment on all variables except for past psychotherapy experience. More dropouts were observed among participants with no prior psychotherapy experience, $\chi^2(1) = 5.52, p = .019, \eta^2 = .04$.

Main analyses

A three-way mixed analysis of variance (ANOVA) was conducted on WAI scores according to treatment modality (VC or face-to-face), respondent (client or therapist), and time of measurement (sessions 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 and 15). WAI scores are presented in Table 2 as well as in Figure 2. The analyses did not show any significant effect regarding treatment modality, $F(1,113) = 2.97, p = .09, \eta^2 = .03$. Additional analyses confirm the absence of significant difference in treatment modality at almost all time points, except for sessions 11 and 15 where the TA is significantly higher in VC than in conventional psychotherapy (session 11 : $F(1, 113) = 5.92, p = .02, \eta^2 = .05$, session 15 : $F(1, 113) = 4.52, p = .04, \eta^2 = .04$). The main ANOVA also revealed a significant effect of the respondent on the TA, $F(1,113) = 18.06, p < .001, \eta^2 = .13$, with clients assessing the TA significantly higher than therapists. A significant interaction between respondent and treatment modality was also found. Additional analysis showed that clients tend to evaluate TA significantly higher in VC than in face-to-face, $t(113) = -2.75, p = .007, \eta^2 = .06$. There was no significant difference in the therapists' assessment of the quality of the TA according to treatment modality $t(113) = .158, p = .89$. In addition, clients

assessed the relationship more positively than the therapist, but only in VC, $t(49) = 4.06, p < .001, \eta^2 = .25$.

Insert table 2

Insert figure 2

The ANOVA also revealed a significant effect of time of measurement, $F(7, 791) = 32.99, p < .001, \eta^2 = .22$, meaning that the TA develops throughout the therapeutic process. Analyses with polynomial contrasts showed significant linear, $F(1,113) = 56.77, p < .001, \eta^2 = .33$, and cubic trajectories, $F(1,113) = 39.79, p < .001, \eta^2 = .26$. Repeated contrasts were also conducted and revealed a significant increase in TA between sessions 1 to 3, $F(1,113) = 29.77, p < .001, \eta^2 = .21$, 3 to 5, $F(1,113) = 11.82, p = .001, \eta^2 = .09$, 7 to 9, $F(1,113) = 8.89, p = .004, \eta^2 = .07$, as well as 13 to 15, $F(1,113) = 72.31, p < .001, \eta^2 = .39$.

A significant interaction between time of measurement and respondent was also found. Additional analyses identified linear and cubic profiles for the client (linear trajectory: $F(1,114) = 82.93, p < .001, \eta^2 = .42$, cubic trajectory $F(1,114) = 11.27, p = .001, \eta^2 = .09$), as well as for the therapist (linear trajectory: $F(1,114) = 8.08, p = .005, \eta^2 = .07$, cubic trajectory $F(1,114) = 39.19, p < .001, \eta^2 = .26$). In addition however, an order 4 trajectory was found for the client, $F(1,114) = 9.46, p =$

.003, $\eta^2 = .08$, and an order 5 trajectory for the therapist, $F(1,114) = 20.15, p < .001$, $\eta^2 = .15$. As these differences in profiles are difficult to interpret, dependent *t*-tests were carried out on each measurement point in order to compare the TA for the client and therapist. These analyses demonstrate that the client evaluated the TA significantly higher than the therapist at all times during the psychotherapy, except at session 3, which explains the interaction effect between time of measurement and respondent. Finally, the results did not reveal any interaction effect between treatment modality and time of measurement $F(7,791) = 1.76, p = .09, \eta^2 = .01$, or any triple interaction effect between time of measurement, treatment modality and respondent $F(7,791) = 1.03, p = .41, \eta^2 = .01$.

The analyses were reproduced considering the participants' sex and age range, as well as the intensity of GAD symptoms at the beginning of treatment, in order to assess whether these characteristics influence the TA variations observed in the main ANOVA. These analyses did not reveal any significant differences in gender, age group, or GAD intensity, indicating that these characteristics do not appear to interfere with observed fluctuations in TA.

Discussion

The results of this study revealed that the use of VC in psychotherapy does not negatively affect the establishment of a quality TA in individuals with GAD. These results are in line with studies conducted to date on other disorders that included a comparison group (Allard et al., 2007, Germain et al., 2010, Morland et al., 2014 Stubbings et al., 2013). Interestingly, VC telepsychotherapy seems to allow the

development of a significantly higher TA than face-to-face psychotherapy, at least from the clients' perspective. To our knowledge, no study to date has demonstrated the superiority of VC compared to conventional psychotherapy with regards to the quality of the alliance between client and therapist. Yet a growing number of telepsychotherapy researchers report that some participants show a preference for a distant TA rather than a relationship involving being in the same room as their therapist (Richardson, Reid, & Dziurawiec, 2015; Simpson, 2001, Simpson et al., 2005, Thorp et al., 2012). When asked about their experience in telepsychotherapy, some of the clients mentioned perceiving the VC therapeutic process as less intimidating and less intrusive compared to conventional psychotherapy (Bakke, Mitchell, Wonderlich, & Erickson, 2001, Frueh et al. 2007, Simpson, 2001, Simpson et al., 2005). Some also reported perceiving a greater sense of personal control in VC compared to face-to-face, one reason being that they felt freer to leave the room or interrupt the session at any time (Simpson et al., 2005) It is also possible that communicating via VC facilitates an emotional distance allowing some clients to feel more comfortable developing a strong TA. Future studies should be carried out to deepen knowledge about the personal characteristics of clients developing a more positive TA at a distance than face-to-face. In this study, age, sex and intensity of GAD symptoms showed no influence on the quality of the relationship.

We also note that clients evaluated the quality of the TA more positively than therapists in the telepsychotherapy situation. In conventional therapy, however, no difference between client and therapist perception was observed. These results

therefore go beyond those obtained in Watts' study (2012) conducted with a similar clientele, but without comparison group. They also make it possible to rule out the hypothesis that clients generally adopt a more optimistic attitude than therapists when questioned about their TA. Indeed, it seems that it is only in the context of VC that the clients' assessment of the relationship surpasses that of therapists. These results confirm that clients seem to be coping well with the use of VC.

On their part, therapists reported no difference in the quality of the relationship developing with their client whether the therapy was performed in VC or in conventional format. These findings call into question the idea that therapists may be biased against VC, leading them to underestimate the quality of the relationship developed in this context (Rees & Stone, 2005). When questioned about their impressions of VC, the therapists in this study expressed being very satisfied with the quality of the relationship created with their clients in telepsychotherapy. Before starting their first sessions in VC, some conveyed slight reservations about the use of the system. They mostly feared that VC could have a negative impact on the TA or that the use of this technology could be laborious in the context of psychotherapy. Once the treatment began, however, their fears dissipated very quickly. It therefore seems that the mere fact of experiencing the use of VC may suffice to eliminate the therapists' apprehensions. In fact, therapists assessing the quality of the relationship in Rees and Stone's study (2005) were external observers and not actors in the relationship. It is also important to note that the use of communication technologies has surged in recent years (Poushter, 2016). It is therefore possible that the familiarity

with technology among psychologists has increased since the publication of studies reporting their initial reluctance towards VC, and that these concerns have consequently dissipated.

Concerning the evolution of the TA, this study confirms that it gradually develops throughout the therapy following a linear and cubic trajectory. More concretely, the relationship follows a rapid initial growth, then reaches a certain stabilization, and finally resumes with a rapid progression at the end of therapy. For clients, TA progression is more pronounced than for therapists. The evolution of the relationship therefore fluctuates more than what was observed in Watts's et al. study (2012) as well as in other studies interested in the development of the TA (Stiles & Goldsmith, 2010). Interestingly, the introduction of exposure strategies to worry from session 10 to session 13 is consistent with the observed plateau in the evolution of the relationship. As exposure inevitably causes uncomfortable affects among clients in order to be effective, the deployment of the collaborative relationship to therapeutic work may be held back. Moreover, the TA tends to develop according to a similar pattern in VC and conventional psychotherapy. So, the developmental trajectory of TA does not appear to be affected by the physical distance imposed by the VC or, as some authors suggest, by a need to acclimatise to the particularities of this technology.

One of the major strengths of this study is the use of a rigorous randomized controlled trial to compare the TA in VC and in conventional psychotherapy. The use of a population recruited in five different regions also makes it possible to generalize

the results to a large clientele, for which access to specialized mental health resources varies. In addition, the evaluation of the therapist's perception allowed us to nuance the obtained results and to provide a more complete understanding of TA in telepsychotherapy. Moreover, by measuring TA on numerous occasions during the course of therapy, the evolving nature of the relationship was taken into account. This research constitutes a significant contribution to the field of telepsychotherapy, as few studies to date have evaluated the quality of TA in such a rigorous way. Some limitations must however be mentioned. First, it is difficult to generalize the results of the present study to all individuals with GAD. Indeed, it is possible that individuals who agreed to participate in this study, despite the uncertainty about the treatment modality to which they would be assigned, were not representative of those who declined. Also, we observe a lower rate of comorbidity in the research sample (VC : 46% ; face-to-face : 52.31%) compared to what is usually observed in the GAD population, which is nearly 90% of comorbidities over a period of 12 months (Grant & al., 2005). Moreover, occasional technical problems were encountered with the VC apparatus: difficulty in establishing a connection, interruption of the communication, latency in sound transmission, and degradation of image quality. However, the majority of these difficulties were minor. In some exceptional cases, sessions had to be postponed or completed by telephone. This confirms the importance for therapists to be prepared to cope with such difficulties, among other things by having a telephone and their clients' number available in order to be able to reach them in case

of a transmission interruption. Access to technical support resources is also crucial in order to resolve more complex situations.

The results of this study confirm that the introduction of VC into psychotherapy is not detrimental to the establishment of a quality TA in individuals with GAD. Considering the major advantages that this clinical alternative offers in terms of access to specialized mental health resources, it is important to encourage therapist to use of VC telepsychotherapy. Towards that goal, it is necessary to provide the technical and logistical resources needed to use this technology with confidence and to offer therapists the opportunity to expose themselves to the use of VC. Including telepsychotherapy experimentation in the clinical training of future therapists and offering practical professional development activities to professionals could represent interesting solutions to support the use of VC in psychotherapy.

References

- Ahn, H.-N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients ? A meta-analysis of component studies in counseling and psychology. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251-257. Doi:10.1037//O022-OI67.48.3.251
- Allard, M., Bouchard, S., Marchand, A., Cournoyer, L.-G., Green-Demers, I., & Renaud, P. (2007). L'efficacité de la psychothérapie pour le trouble panique en vidéoconférence: Réplication et alliance thérapeutique [Effectiveness of videoconferencing psychotherapy for panic disorder : Replication and therapeutic alliance]. *Revue Québécoise de Psychologie, 28*(2), 43-64.
- Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 20*, 118-135. Doi:10.1002/cpp.792
- Backhaus, A., Agha, Z., Maglione, M. L., Repp, A., Ross, B., Zuest, D., . . . Thorp, S. R. (2012). Videoconferencing psychotherapy: A systematic review. *Psychological Services, 9*(2), 111-131. Doi:10.1037/a0027924
- Bakke, B., Mitchell, J., Wonderlich, S., & Erickson, R. (2001). Administering cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa via telemedicine in rural settings. *International Journal of Eating Disorders, 30*(4), 454-457. Doi:10.1002/eat.1107
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 16*(3), 252-260.

- Bouchard, S., Green-Demers, I., Allard, M., Guitard, T., Dumoulin, S., Robillard, G., . . . Cournoyer, L.-G. (2010, November). Exploring the predictors of telepsychotherapy outcome and process: A focus on motivation, therapeutic bond and telepresence. Symposium conducted at the 44th Annual Convention of the Association for behavioral and cognitive therapy, San Francisco.
- Bouchard, S., Marchand, A., Gosselin, P., Langlois, F., Dugas, M. G., & Belleville, G. (2016, June). Efficacy of delivering cognitive-behaviour therapy in videoconference to people suffering from generalized anxiety disorder: preliminary results of a randomized control trial. Symposium conducted at the 21st Annual CyberPsychology, CyberTherapy & Social Networking Conference, Dublin, Ireland.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., . . . Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(1), 13-25. Doi:10.1089/153056204773644535
- 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 & Behavior*, 3(6), 999-1007. Doi:10.1089/109493100452264
- Bouchard, S., & Renaud, P. (2001, November). CBT in videoconference for panic disorder and generalized anxiety disorder. Symposium conducted at the 35th

Annual Convention of the Association for Advancement of Behavioral Therapies, Philadelphia, PA.

Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., & Riva, G. (2007, October).

Presence and the bond between patients and their psychotherapists in the cognitive-behavior therapy of panic disorder with agoraphobia delivered in videoconference. Symposium conducted at the Presence Conference, Barcelone.

Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. Albany, NY: Graywind.

Dugas, M. J., & Bouchard, S. (2013). *Traitement cognitivo-comportemental du trouble d'anxiété généralisée: Manuel du thérapeute [Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder : Therapist guide]*. Unpublished manuscript, Department of Psychoeducation and Psychology, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, Canada.

Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance of GAD. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 143-162). New York: The Guilford Press.

Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.

- Ertelt, T. W., Crosby, R. D., Marino, J. M., Mitchell, J. E., Lancaster, K., & Crow, S. J. (2011). Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus face-to-face delivery. *International Journal of Eating Disorders, 44*(8), 687-691. Doi:10.1002/eat.20874
- First, M. B., Gibbon, M. W., Spitzer, R. L., William, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- Fitt, S., & Rees, C. (2012). Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder by videoconference: A preliminary study. *29*, 213-229.
Doi:10.1017/bec.2012.21
- Frueh, B. C., Monnier, J., Yim, E., Grubaugh, A. L., Hamner, M. B., & Knapp, R. G. (2007). A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare, 13*(3), 142-147.
Doi:10.1258/135763307780677604
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., & Drouin, M.-S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 13*(1), 29-35.
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., Gershkovich, M., Glassman, L. H., ... Goldstein, S. P. (2013). Delivering exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder via videoconference: Clinical

- considerations and recommendations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 137-145. Doi:10.1016/j.jocrd.2013.01.003
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., & Thomas, J. G. (2014). An open trial of videoconference-mediated exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 460-462. Doi:10.1016/j.janxdis.2014.05.004
- Grant, B. F., Hasinn, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., . . . Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759. doi:10.1017/S0033291705006069
- Himle, J. A., Fischer, D. J., Muroff, J. R., Van Etten, 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(12), 1821-1829. Doi:10.1016/j.brat.2005.12.010
- Hoffman, D. L., Dukes, E. M., & Wittchen, H.-U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(1), 72-90. Doi:10.1002/da.20257
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.

- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*(2), 139-149.
- Langhoff, C., Baer, T., Zubaegel, D., & Linden, M. (2008). Therapist–patient alliance, patient–therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist–patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(1), 68-79. Doi:10.1891/0889.8391.22.1.68
- Manchanda, M., & McLaren, P. (1998). Cognitive behaviour therapy via interactive video. *Journal of Telemedicine and Telecare, 4* (Suppl. 1), 53-55.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Deborah, D., . . . Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders, 11*(3), 279-284.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450. Doi:10.1037//0022-006X.68.3.438
- Mitchell, J. E., Myers, T., Swan-Kremeier, L., & Wonderlich, S. (2003). Psychotherapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine. *European Eating Disorders Review, 11*(3), 222-230. Doi:10.1002/erv.517
- Morland, L. A., Mackintosh, M.-A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P., & Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for

- posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 470-476. Doi:10.4088/JCP.13m08842
- Peachey, D., Hicks, V., & Adams, O. (2013). *An imperative for change: Acces to psychological services for Canada*. Retrieved from the Canadian Psychological Association website :
http://www.cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf
- Pelletier, M. H. (2002). *Cognitive-behavioral therapy efficacy via videoconferencing for social (public speaking) anxiety disorder: Single case design* (Doctoral dissertation thesis). Retrieved from The University of British Columbia :
<https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/831/items/1.0054529>
- Poushter, J. (2016). *Smartphone ownership and internet usage continues to climb in emerging economies*. Retrieved from the Pew Research Center website :
<http://www.pewglobal.org/2016/02/22/smartphone-ownership-and-internet-usage-continues-to-climb-in-emerging-economies/>
- Rees, C. S., & Maclaine, E. (2015). A systematic review of videoconference-delivered psychological treatment for anxiety disorders. *Australian Psychologist*, 50(4), 259-264. Doi:10.1111/ap.12122
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649-653.

- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedsater, H., Locklear, J., Mattera, M. S., . . . Montgomery, S. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of Affective Disorders, 140*(2), 103-112. Doi:10.1016/j.jad.2011.11.014
- Richardson, L., Reid, C., & Dziurawiec, S. (2015). "Going the extra mile": Satisfaction and alliance findings from an evaluation of videoconferencing telepsychology in rural Western Australia. *Australian Psychologist, 50*(4), 252-258. Doi:10.1111/ap.12126
- Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L., & Elhai, J. D. (2009). Current Directions in Videoconferencing Tele-Mental Health Research. *Clinical Psychology, 16*(3), 323-338. Doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x
- Roberge, P., Fournier, L., Duhoux, A., Nguyen, C. T., & Smolders, M. (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*, 321-330. Doi:10.1007/s00127-010-0186-2
- Roufeil, L., Batty, K., & Lipzker, A. (2007). Psychology services in rural and remote Australia. *InPsych*. Retrieved from http://www.psychology.org.au/publications/inpsych/rural_remote/
- 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. 1), 34-36.

- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., & Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(2), 156-165. Doi:10.1002/cpp.436
- Simpson, S., & Reid, C. (2014). Telepsychology in Australia: 2020 vision. *The Australian Journal of Rural Health, 22*(6), 306-309. Doi:10.1111/ajr.12103
- Stein, M. B., & Heimberg, R. G. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: Comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders, 79*, 161-166. Doi:10.1016/S0165-0327(02)00457-3
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., . . . Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture–repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology, 51*(1), 81-92. Doi:10.1037/0022-0167.51.1.81
- Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 44-62). New York: The Guilford Press.
- Stubbings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., & Kane, R. T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 15*(11), 1-16. Doi:10.2196/jmir.2564

- Thorp, S. R., Fidler, J., Moreno, L., Floto, E., & Agha, Z. (2012). Lessons learned from studies of psychotherapy for posttraumatic stress disorder via video teleconferencing. *Psychological Services, 9*(2), 197-199. Doi:DOI: 10.1037/a0027057
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*(6), 629-642. Doi:10.1080/10503300701320611
- Vogel, P. A., Launes, G., Moen, E. M., Solem, S., Hansen, B., Håland, Å. T., & Himle, J. A. (2012). Videoconference- and cell phone-based cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(1), 158-164. Doi:10.1016/j.janxdis.2011.10.009
- Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Haland, A. T., . . . Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 63c*, 162-168. Doi:10.1016/j.brat.2014.10.007
- Watts, S., Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F., & Gosselin, P. (2012, mars). *Le développement d'une alliance thérapeutique lors d'une intervention cognitive-comportementale pour traiter le trouble d'anxiété généralisée : Écart entre la perception du thérapeute et celle du client [Development of a therapeutic alliance during a cognitive-behavioral intervention for generalized anxiety disorder : Difference between therapist's and client's*

perception]. Poster presented at the Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Sherbrooke.

Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety, 16*(4), 162-171. Doi:10.1002/da.10065

Wray, B. T. (2003). *Attitudes of clinical psychologists in Western Australia to videoconferencing: An explorative study*. (Unpublished master's dissertation), Curtin University of Technology, Perth, Western Australia.

Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S., . . . Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 389-397. Doi:10.1016/j.janxdis.2013.03.002

Table 1

Sample characteristics by treatment modality

Variables	Videoconference (<i>n</i> = 50)	Face-to-face (<i>n</i> = 65)
Mean GAD symptom severity at pre-test (<i>SD</i>)	5.4 (1.00)	5.6 (.80)
Mean age (<i>SD</i>)	43 (15.00)	40 (16.00)
Sex (%)		
Women	41 (82.00)	54 (83.08)
Men	9 (18.00)	11 (16.92)
Annual income (%)		
Less than 29 999\$	9 (18.00)	21 (32.31)
30 000\$ to 59 999\$	19 (38.00)	15 (23.08)
60 000\$ to 89 999\$	9 (18.00)	11 (16.92)
90 000\$ and more	11 (22.00)	17 (26.15)
Refuses to answer	2 (4.00)	1 (1.54)
Employment status (%)		
Full time work	17 (34.00)	21 (32.31)
Part time work	17 (34.00)	18 (27.69)
Retirement	7 (14.00)	10 (15.38)
Unemployed	9 (18.00)	16 (24.62)
Education completed (%)		
Secondary	6 (12.00)	12 (18.46)
Collegiate	18 (36.00)	21 (32.31)
University	26 (52.00)	32 (49.23)
Present medication use (%)		
Yes	22 (44.00)	20 (30.77)

No	28 (56.00)	45 (69.23)
Past psychotherapy experience (%)		
Yes	36 (72.00)	50 (76.92)
No	14 (28.00)	15 (23.08)
Comorbid disorders (%)		
Anxiety disorder	15 (30.00)	22 (33.85)
Mood disorder	3 (6.00)	3 (4.62)
Anxiety and mood disorders	3 (6.00)	4 (6.15)
Other disorder	2 (4.00)	5 (7.69)
No comorbid disorder	27 (54.00)	31 (47.69)

Table 2

Mean *WAI* scores and standards deviations by treatment modality and respondent at each time of

measurement

	S1	S3	S5	S7	S9	S11	S13	S15
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
VC	Client 223.38 (22.06)	225.92 (21.37)	230.83 (20.24)	233.63 (17.11)	235.16 19.00	235.26 18.72	234.51 20.23	240.73 16.05
	Therapist 214.94 (20.68)	223.03 (19.19)	221.06 (21.85)	219.44 (23.21)	222.78 18.84	223.90 18.99	220.90 21.98	226.16 22.12
FF	Client 220.40 (16.30)	223.61 (14.99)	226.74 (14.22)	227.20 (15.18)	227.46 17.23	227.06 17.58	230.21 14.58	233.96 13.76
	Therapist 219.25 (15.60)	224.13 (16.81)	224.61 (17.43)	223.15 (20.93)	224.52 20.13	221.27 20.79	219.03 22.94	224.58 22.81

Note. S1 = session 1; S3 = session 3; S5 = session 5; S7 = session 7; S9 = session 9; S11 =

session 11; S13 = session 13; S15 = session 15; VC = videoconference; FF = face-to-face.

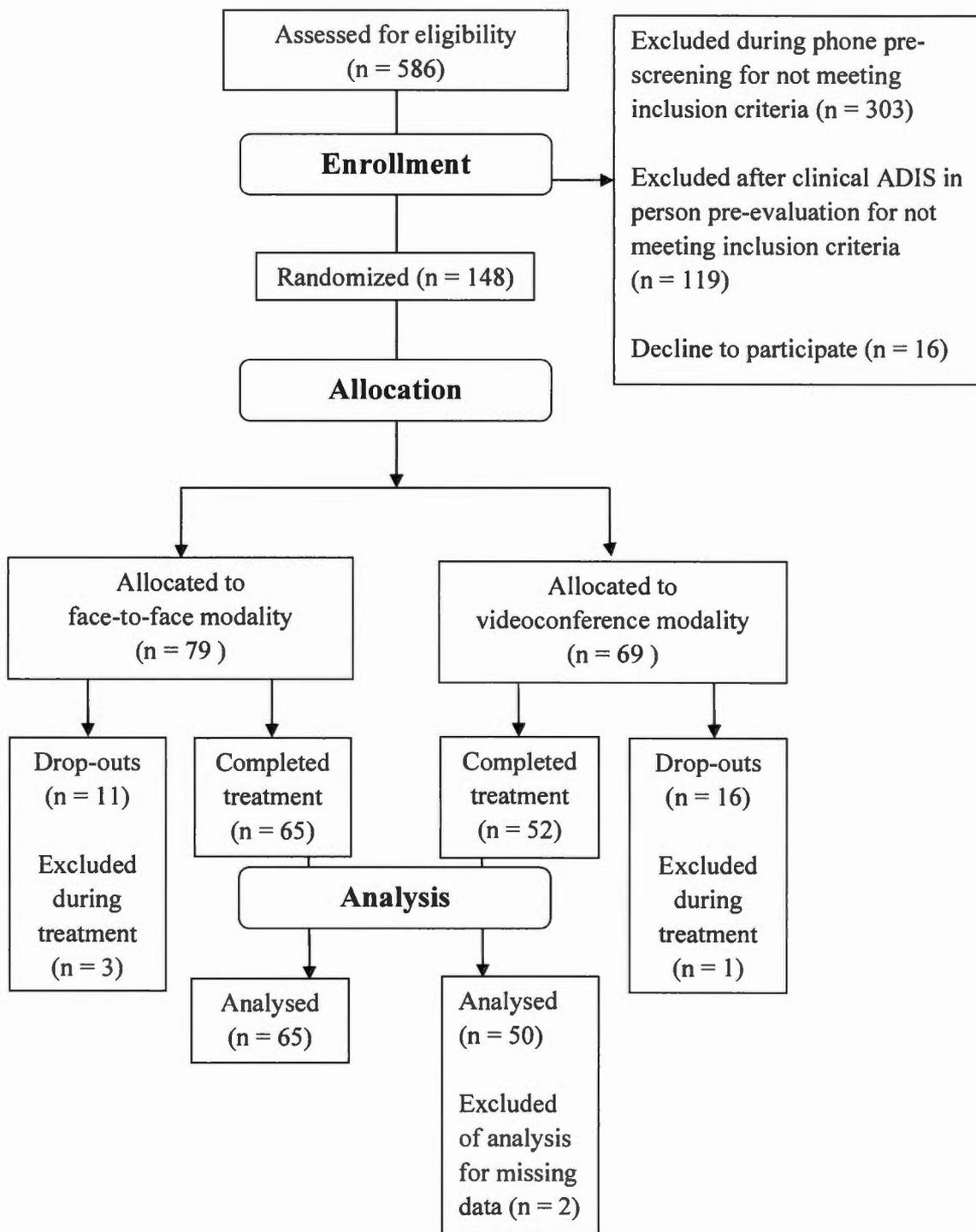


Figure 1. Participants flow chart.

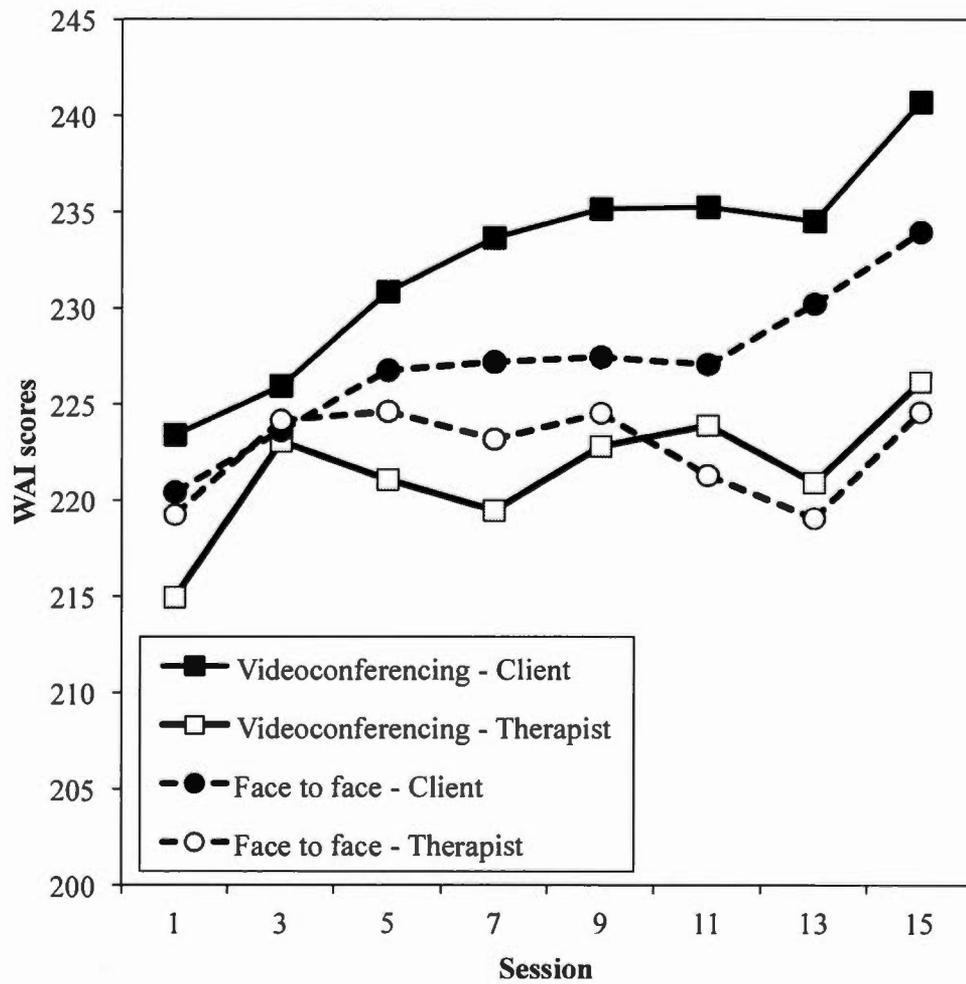


Figure 2. Evolution of WAI scores throughout sessions by treatment modality and respondent.

CHAPITRE IV

ANALYSE DES SOUS-ÉCHELLES DE L'INVENTAIRE D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

4.1 Pertinence et objectif du chapitre

Le chapitre 3 a permis d'évaluer l'impact d'une TCC pour le TAG sur la qualité de l'AT globale selon que l'intervention ait été administrée en VC ou en face à face. Il représente un apport considérable à l'état actuel des connaissances, le TAG n'ayant bénéficié que de très peu d'attention de la part de la communauté scientifique dans ce champ de recherche. Ajoutons que l'étude menée permet de pallier certaines limites observées dans les écrits scientifiques portant sur l'AT en contexte de VC. L'emploi d'un devis de recherche comportant un groupe de comparaison bénéficiant d'une thérapie conventionnelle, de même que l'évaluation de l'AT auprès des deux acteurs impliqués dans la relation à de nombreuses occasions au cours du traitement, représentent des forces majeures de cette étude. Les résultats obtenus permettent donc de dresser un portrait rigoureux de l'AT pouvant émerger en situation de VC chez une population présentant un TAG.

Toutefois, il importe de revenir sur un élément essentiel concernant le concept d'AT, soit sa nature multidimensionnelle. Selon le modèle tripartite de Bordin (1979), trois composantes forment l'AT. Ainsi, une forte AT se définit par une entente sur les objectifs thérapeutiques, une entente sur les moyens mis en place afin d'atteindre ces dits objectifs, ainsi qu'un lien affectif de qualité entre le client et son thérapeute. Le premier élément, soit l'entente sur les objectifs thérapeutiques, réfère à un endossement mutuel des résultats visés par les interventions. Pour sa part, l'entente

sur les moyens se traduit par une perception partagée par le client et son thérapeute que les activités thérapeutiques sont pertinentes à l'atteinte des objectifs cliniques. Finalement, le concept de lien affectif renvoie au développement d'un attachement positif, notamment via une confiance mutuelle et l'acceptation de l'autre. L'Inventaire d'Alliance Thérapeutique (IAT) représente une mesure auto-administrée comportant trois sous-échelles permettant d'évaluer la qualité de l'AT selon chacune de ces dimensions.

Les sous-échelles de l'IAT ne sont que très rarement analysées de façon distincte lorsqu'il est question d'évaluer l'impact de la VC sur la qualité de l'AT. Il est possible que cette tendance à une évaluation globale de l'AT soit en partie attribuable au fait que les scores obtenus aux sous-échelles corrèlent fortement avec le score total d'AT. Ceci pourrait amener certains auteurs à croire que l'analyse globale se voudrait équivalente à une analyse de chaque composante de l'AT. Pourtant, un portrait plus nuancé de l'alliance en télépsychothérapie pourrait certainement émerger de l'analyse approfondie de ses différentes composantes. Les résultats obtenus au chapitre 3 suggèrent entre autres que la psychothérapie par VC pourrait favoriser l'établissement de l'AT chez les clients présentant un TAG. Un intérêt certain existe dans une mise en évidence de la ou des composantes spécifiques de l'alliance se voyant bonifiées en situation de VC. L'approfondissement des résultats obtenus au précédent chapitre se veut également pertinent concernant la tendance des clients à évaluer la qualité de l'AT plus positivement que les thérapeutes en situation de VC. Cet écart entre la perception des clients et des thérapeutes en VC se manifeste sur quelle(s) composante(s) de la relation ? L'analyse des différentes sous-échelles de l'IAT permettrait donc d'obtenir une compréhension plus nuancée de l'impact de l'utilisation de la VC sur l'AT s'établissant entre le client et son thérapeute. Finalement, un portrait plus précis du développement de l'AT pourrait se dégager de l'analyse distincte de chacune de ses composantes.

Tel que mentionné précédemment, rares sont les études ayant adressé la qualité de l'AT en VC par l'entremise d'une analyse approfondie des trois composantes du modèle de Bordin (1979). Parmi celles-ci, Germain et ses collaborateurs (2010) se sont penchés sur la qualité de la relation telle que perçue par les clients au cours d'une TCC pour l'état de stress post-traumatique administrée en VC ou en face à face. Les auteurs concluent que l'entente sur les objectifs thérapeutiques et sur les moyens mis en place, tout comme la qualité du lien affectif, seraient aussi élevée en VC qu'en face à face et se développeraient de façon similaire. Ertelt et al. (2011) obtiennent des résultats semblables auprès d'une clientèle souffrant de boulimie. Toutefois, lorsque le point de vue des thérapeutes est pris en considération, les résultats diffèrent. Chez ceux-ci, les trois composantes de l'AT se révèlent supérieures en thérapie conventionnelle qu'en VC. Les thérapeutes semblent également percevoir l'entente sur les moyens comme étant plutôt stables au cours de la thérapie, alors qu'ils rapportent un développement progressif des deux autres composantes. Somme toute, ces deux études suggèrent que les trois sous-échelles de l'IAT se comporteraient de façon similaire les unes aux autres à l'exception du développement de l'AT du thérapeute.

Cependant, une étude menée auprès d'une population présentant un TAG bénéficiant d'un traitement en VC obtient des résultats différents. En effet, dans leur étude à cas unique reposant sur un protocole expérimental à niveaux de base multiples, Watts et son équipe (2012) observent que les clients tendent à juger plus positivement la qualité du lien affectif que leur thérapeute. L'évaluation de l'entente sur les objectifs thérapeutiques et des moyens mis en place afin d'atteindre ces objectifs ne semblent toutefois pas différer entre le client et le thérapeute. Autre élément intéressant, alors que la qualité du lien affectif et l'entente sur les objectifs tendent à augmenter au cours des séances de thérapie, l'entente sur les moyens se révèle plutôt stable du

début à la fin du traitement. Malgré une taille échantillonnale restreinte ($n = 5$) ainsi que l'absence de groupe de comparaison ayant bénéficié d'une thérapie conventionnelle, cette étude pilote permet d'appuyer la pertinence d'évaluer de façon distincte les trois composantes de l'AT chez la clientèle présentant un TAG.

Ajoutons que l'intérêt d'explorer individuellement chacune des composantes de l'AT se révèle d'autant plus marqué en ce qui concerne la sous-échelle *Qualité du lien affectif* de l'IAT. En effet, certains cliniciens admettent craindre que l'utilisation de la VC en psychothérapie puisse compromettre le niveau de chaleur, d'empathie et de sensibilité pouvant être transmis et ainsi, affecter négativement le développement d'un attachement significatif et authentique entre le client et son thérapeute. Il semble donc que les réticences exprimées par les thérapeutes concernant l'AT en VC se concentrent principalement autour de la qualité du lien affectif (Bouchard et al., 2007). Une exploration de cette composante spécifique de l'AT semble donc appropriée afin d'adresser les craintes éprouvées par les cliniciens. Certains chercheurs optent d'ailleurs pour n'évaluer que la qualité du lien affectif en guise d'indicateur de l'AT. Les résultats ainsi obtenus suggèrent qu'un fort lien affectif peut émerger lors d'une psychothérapie à distance (Bouchard et al., 2004; Bouchard et al., 2007), ce lien se révélant aussi fort qu'en psychothérapie conventionnelle (Bouchard et al., 2010). Davantage d'études se doivent toutefois d'être menées. Une accumulation de données probantes concernant l'établissement du lien affectif en VC pourrait contribuer à rassurer les craintes des thérapeutes relatives à l'impact de l'utilisation de la VC sur la qualité du lien affectif et, possiblement, favoriser leur réceptivité à intégrer la VC à leur pratique clinique.

Le présent chapitre tente donc d'approfondir les résultats obtenus dans le chapitre 3 en reproduisant les analyses déjà réalisées, mais auprès de chacune des sous-échelles de l'IAT : *Entente sur les objectifs thérapeutiques*, *Entente sur les moyens employés*

et *Qualité du lien affectif*. L'objectif vise donc une évaluation de l'impact d'une TCC pour le TAG, administrée en VC ou en face à face, sur chacune des trois composantes de l'AT telles que définies par Bordin (1979). La perspective du client tout comme celle du thérapeute sont prises en considération, et ce, à plusieurs moments au cours de la psychothérapie. À des fins exploratoires, la trajectoire de développement de l'AT est examinée en fonction des trois composantes de l'AT.

4.2 Méthodologie

Les données analysées dans ce chapitre proviennent de la même étude que celle présentée au chapitre 3. Pour de plus amples détails quant à la méthodologie employée, se référer au dit chapitre.

4.3 Résultats

4.3.1 Traitement des données

Les analyses ont été réalisées sur les participants ayant complété la thérapie ($n = 115$). Une procédure d'interpolation a été employée afin de remplacer les données manquantes à l'IAT (3.32% des données). Avant de procéder aux analyses statistiques, une vérification des postulats pour les tests paramétriques a été réalisée. Un plafonnement des données a été observé pour les trois sous-échelles aux séances 11, 13 et 15. Conséquemment, les analyses ont été menées sur les données recueillies de la séance 1 à la séance 9. Pour chacune des trois sous-échelles à l'IAT, une analyse de variances (ANOVA) mixte a été menée sur les scores d'AT selon la modalité de traitement (VC ou face à face), le répondant (client ou thérapeute), et le moment de

mesure (séances 1, 3, 5, 7 et 9). Les scores moyens aux trois sous-échelles de l'IAT sont présentés dans le Tableau 1. Les Figures 1, 2 et 3 illustrent l'évolution des trois composantes de l'IAT au cours de la thérapie selon la modalité de traitement et le répondant. L'inclusion des données obtenues aux séances 11, 13 et 15 à ces Figures permet d'enrichir les résultats par l'entremise d'une analyse visuelle.

Tableau 1

Scores moyens et écarts types aux trois sous-échelles de l'IAT selon la modalité de traitement, le répondant et le moment de mesure

	VC		FF	
	Client	Thérapeute	Client	Thérapeute
	M (ET)	M (ET)	M (ET)	M (ET)
Objectifs				
Séance 1	73,90 (7,48)	69,72 (7,74)	73,20 (6,06)	71,49 (6,24)
Séance 3	75,38 (7,85)	73,46 (6,84)	73,49 (6,13)	73,61 (6,68)
Séance 5	76,42 (7,68)	72,62 (8,11)	75,40 (6,12)	73,72 (7,08)
Séance 7	77,05 (7,69)	71,50 (8,53)	75,63 (6,30)	73,40 (7,34)
Séance 9	78,27 (7,44)	72,96 (7,51)	75,32 (7,03)	73,51 (7,60)
Séance 11	78,13 (7,98)	74,05 (6,73)	75,20 (7,39)	72,14 (8,39)
Séance 13	77,63 (8,41)	72,44 (7,99)	76,35 (6,27)	71,11 (9,06)
Séance 15	80,14 (6,87)	74,60 (7,84)	77,69 (6,04)	73,20 (9,19)
Moyens				
Séance 1	76,64 (7,63)	73,92 (7,66)	75,78 (5,09)	75,18 (5,61)
Séance 3	76,99 (7,12)	75,41 (6,71)	76,57 (5,69)	75,09 (5,94)
Séance 5	78,47 (6,63)	74,28 (7,96)	76,98 (5,15)	74,89 (5,81)
Séance 7	79,53 (5,10)	73,50 (7,99)	76,73 (5,52)	74,00 (7,67)
Séance 9	78,92 (6,63)	73,93 (6,94)	76,70 (6,04)	74,58 (7,31)
Séance 11	78,84 (6,92)	74,17 (7,05)	76,30 (6,62)	73,37 (7,14)
Séance 13	78,34 (7,52)	72,93 (7,95)	77,22 (5,29)	72,46 (8,09)
Séance 15	81,00 (5,48)	74,84 (8,09)	78,86 (4,71)	74,43 (7,75)
Lien				
Séance 1	72,84 (9,41)	71,30 (7,77)	71,43 (7,10)	72,57 (6,30)
Séance 3	73,55 (8,04)	74,16 (7,79)	73,55 (5,79)	75,43 (6,02)
Séance 5	75,94 (8,12)	74,16 (7,96)	74,36 (6,19)	75,99 (5,88)
Séance 7	77,05 (7,12)	74,44 (8,48)	74,84 (5,94)	75,75 (7,63)
Séance 9	77,97 (7,23)	75,89 (6,34)	75,44 (6,54)	76,43 (6,96)
Séance 11	78,29 (5,91)	75,68 (6,98)	75,55 (6,56)	75,76 (6,82)
Séance 13	78,54 (6,69)	75,53 (7,43)	76,64 (5,56)	75,46 (7,03)
Séance 15	79,59 (6,04)	76,72 (7,32)	77,41 (5,79)	76,95 (7,05)

Note. VC = vidéoconférence ; FF = face à face.

4.3.2 Entente sur les objectifs thérapeutiques

Les analyses ne révèlent pas d'effet principal significatif quant à la modalité de traitement, $F(1, 113) = 0.62, p = .43$. Elles démontrent par ailleurs un effet principal significatif du répondant, $F(1, 113) = 21.74, p < .001, \eta^2 = .15$, les clients évaluant l'entente sur les objectifs de façon significativement plus élevée que les thérapeutes. En revanche, une interaction significative entre le répondant et la modalité de traitement est révélée, $F(1, 113) = 5.66, p = .02, \eta^2 = .04$. Des analyses complémentaires indiquent que les clients évaluent effectivement l'entente sur les objectifs plus positivement que les thérapeutes, mais ce, uniquement en VC, $t(49) = 4.74, p < .001, \eta^2 = .31$. Par ailleurs, les résultats concernant les clients tout comme ceux des thérapeutes ne permettent pas d'observer de différence significative entre les deux modalités de traitement concernant l'entente sur les objectifs thérapeutiques (client : $t(113) = -1.95, p = .054$, thérapeute : $t(113) = .83, p = .41$).

L'ANOVA met également en évidence un effet principal significatif du moment de mesure, $F(4, 452) = 18.56, p < .001, \eta^2 = .14$, l'entente sur les objectifs thérapeutiques démontrant une croissance au cours de l'intervention. Une interaction entre le moment de mesure et le répondant est également observée, $F(4, 452) = 6.20, p < .001, \eta^2 = .05$, suggérant que cette composante de l'AT se développerait différemment pour le client et le thérapeute. Des analyses additionnelles mettent en évidence une trajectoire linéaire croissante de l'entente sur les objectifs chez les clients, $F(1, 114) = 41.69, p < .001, \eta^2 = .27$, alors que les thérapeutes démontrent une trajectoire linéaire, $F(1, 114) = 7.70, p = .01, \eta^2 = .06$, quadratique, $F(1, 114) = 10.70, p = .001, \eta^2 = .09$, et cubique, $F(1, 114) = 13.11, p < .001, \eta^2 = .10$. Enfin, les résultats ne révèlent pas d'effet d'interaction entre le moment de mesure et la modalité de traitement, $F(4, 452) = 1.45, p = .22$, et aucun d'effet d'interaction triple

entre le moment de mesure, la modalité de traitement et le répondant, $F(4, 452) = 0.65, p = .63$.

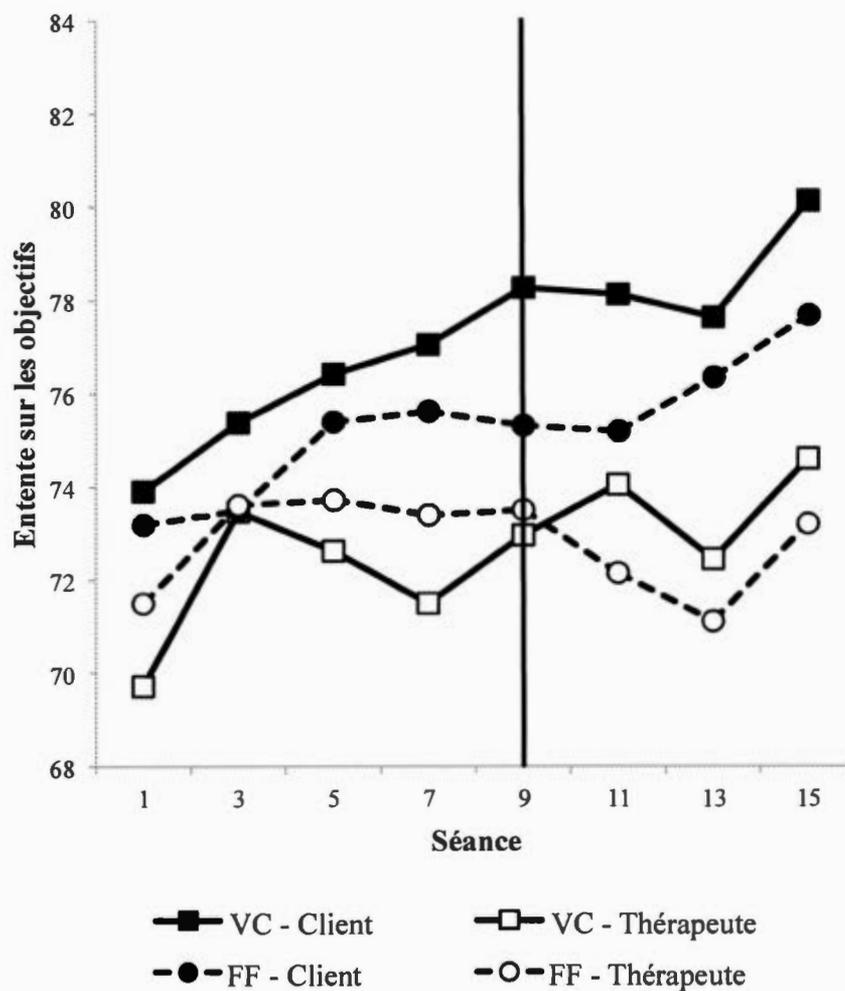


Figure 1. Évolution des scores de la sous-échelle *Entente sur les objectifs thérapeutiques* au cours des séances selon la modalité de traitement et le répondant. VC = vidéoconférence ; FF = face à face.

4.3.3 Entente sur les moyens employés

L'ANOVA menée sur la sous-échelle *Entente sur les objectifs* ne révèle pas d'effet principal significatif concernant la modalité de traitement, $F(1, 113) = 1.44, p = .23$. On observe toutefois un effet principal significatif du répondant, $F(1, 113) = 19.69, p < .001, \eta^2 = .14$. En effet, les clients semblent évaluer plus positivement cette composante de l'AT que leur thérapeute. Par ailleurs, aucune interaction entre le répondant et la modalité de traitement n'est mise en évidence $F(1, 113) = 3.35, p = .07$.

Les analyses ne révèlent pas d'effet significatif du moment de mesure sur l'entente quant aux moyens, $F(4, 452) = 2.32, p = .06$. Toutefois, une interaction significative entre le moment de mesure et le répondant est mise en évidence, $F(4, 452) = 6.43, p < .001, \eta^2 = .05$. La perception des clients quant à l'entente sur les moyens tend à croître au cours de la thérapie, adoptant une trajectoire linéaire ascendante, $F(1, 114) = 12.47, p = .001, \eta^2 = .10$. Pour sa part, la perception des thérapeutes ne semble pas fluctuer à travers les séances $F(4, 456) = 1.40, p < .001$. Les résultats ne révèlent ni d'effet d'interaction entre le moment de mesure et la modalité de traitement, $F(4, 452) = .83, p = .51$, ni d'effet d'interaction triple entre le moment de mesure, la modalité de traitement et le répondant $F(4, 452) = 2.36, p = .053$.

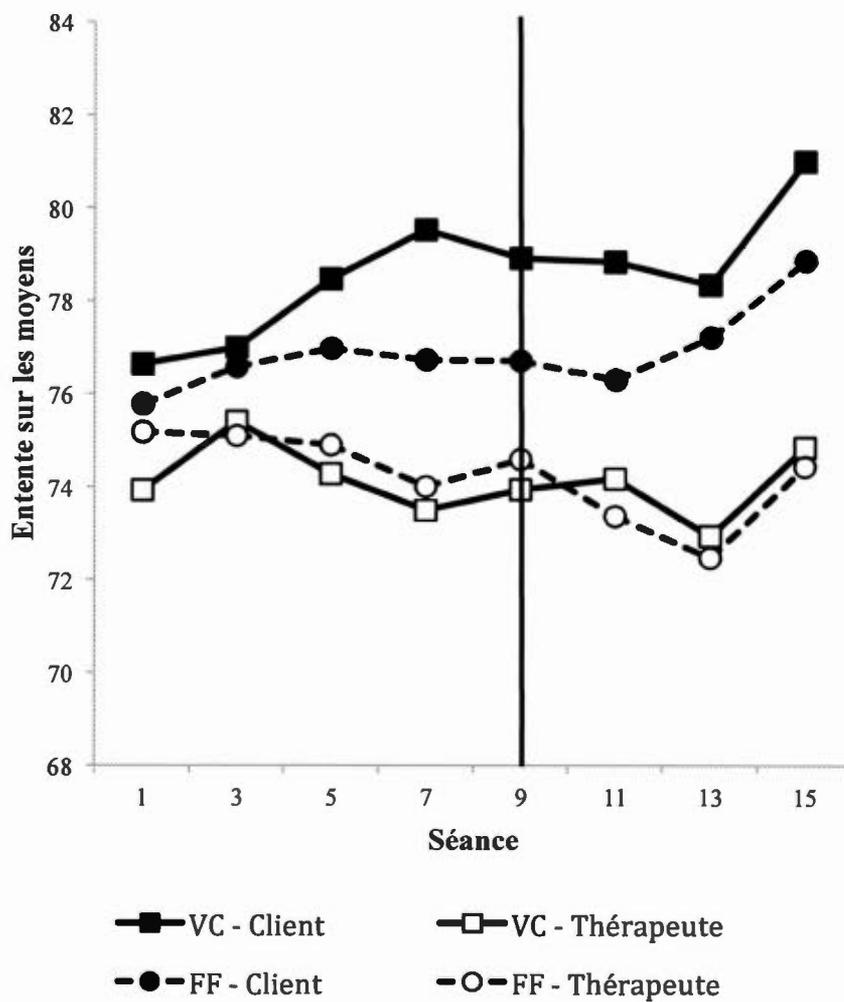


Figure 2. Évolution des scores de la sous-échelle *Entente sur les moyens employés* au cours des séances selon la modalité de traitement et le répondant. VC = vidéoconférence ; FF = face à face.

4.3.4 Qualité du lien affectif

Les analyses ne font pas ressortir d'effets principaux significatifs concernant la modalité de traitement, $F(1, 113) = 0.67, p = .42$, ainsi que le répondant, $F(1, 113) = 0.19, p = .67$. Par ailleurs, l'ANOVA révèle un effet d'interaction significatif entre le répondant et la modalité de traitement, $F(1, 113) = 4.36, p = .04, \eta^2 = .04$. Une analyse plus détaillée des données révèle que les clients évaluent la qualité du lien affectif de façon significativement plus élevée en VC qu'en face à face, $t(113) = -2.02, p = .045, \eta^2 = .03$. Aucune différence significative ne ressort chez les thérapeutes dans leur évaluation de la qualité du lien selon la modalité de traitement, $t(113) = 0.92, p = .36$. De plus, aucune différence significative n'est mise en évidence entre l'évaluation des clients et celle des thérapeutes, que l'intervention soit transmise en VC, $t(49) = 1.60, p = .12$, ou en face à face, $t(64) = -1.30, p = .20$.

Un effet principal significatif du moment de mesure est également observé, $F(4, 452) = 48.01, p < .001, \eta^2 = .30$, de même qu'un effet d'interaction entre le moment de mesure et le répondant, $F(4, 452) = 3.85, p = .004, \eta^2 = .03$. Des analyses complémentaires révèlent une augmentation linéaire du lien affectif de la part des clients, $F(1, 114) = 62.01, p < .001, \eta^2 = .35$. Chez les thérapeutes, des trajectoires linéaire, $F(1, 114) = 55.25, p < .001, \eta^2 = .33$, quadratique, $F(1, 114) = 18.11, p < .001, \eta^2 = .14$, et cubique, $F(1, 114) = 14.89, p < .001, \eta^2 = .12$, sont mises en évidence. Finalement, les résultats ne révèlent pas d'effet d'interaction entre le moment de mesure et la modalité de traitement $F(4, 452) = 1.21, p = .31$ et pas d'effet d'interaction triple entre le moment de mesure, la modalité de traitement et le répondant $F(4, 452) = 1.45, p = .22$.

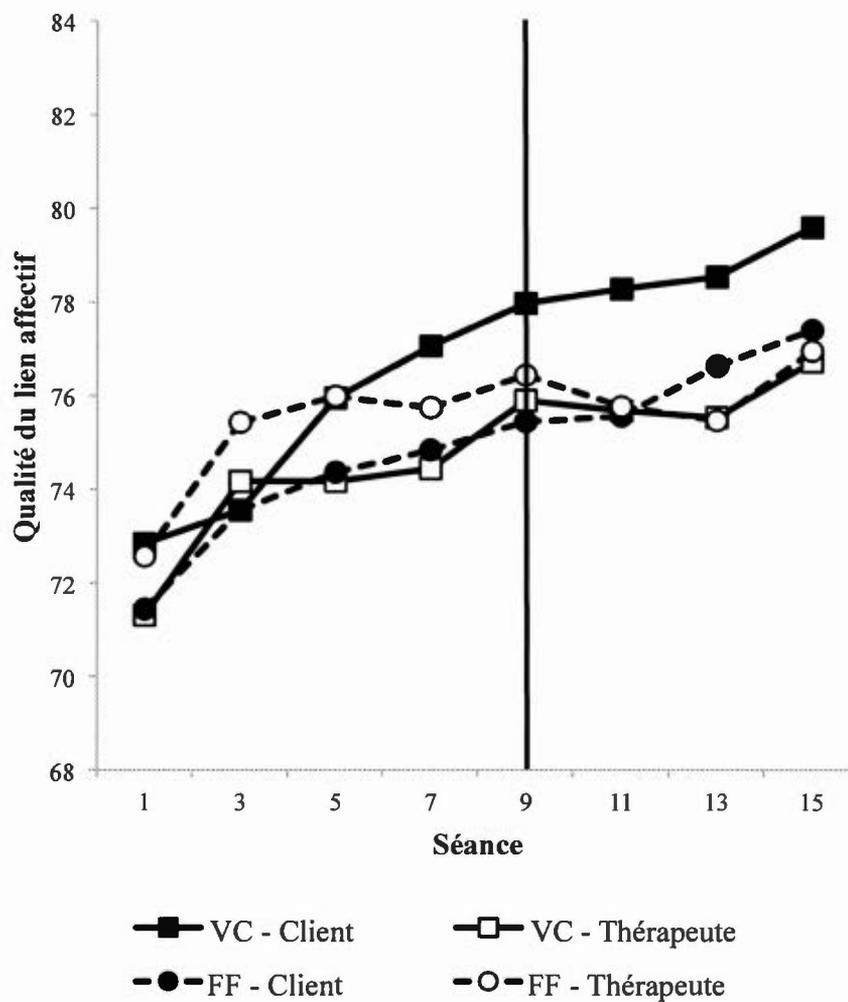


Figure 3. Évolution des scores de la sous-échelle *Qualité du lien affectif* au cours des séances selon la modalité de traitement et le répondant. VC = vidéoconférence ; FF = face à face.

4.4 Discussion

L'objectif de ce chapitre visait à évaluer l'impact d'une TCC pour le TAG, administrée en VC ou en format conventionnel, sur chacune des composantes de l'AT telles que définies par Bordin (1979). Les résultats révèlent que l'utilisation de la VC en psychothérapie ne contraint pas l'établissement des objectifs thérapeutiques, des moyens employés afin d'atteindre ces objectifs, de même que la qualité du lien affectif entre le client et le thérapeute. Au contraire, l'emploi de la VC semble contribuer à la mise en place d'un lien relationnel significativement plus élevé qu'en face à face, selon la perspective des clients. Ces résultats ne concernent que les séances 1 à 9, mais une inspection visuelle de la Figure 3 laisse supposer que cette différence se maintiendrait jusqu'à la fin du traitement. L'écart semble d'ailleurs s'accroître en fin de thérapie, ce qui laisse présumer qu'une taille d'effet supérieure à celle observée aurait pu émerger si les analyses avaient été réalisées sur l'ensemble des données. L'utilisation de la VC pourrait donc favoriser, à un certain égard, l'émergence d'un attachement significatif du client envers son thérapeute.

À notre connaissance, aucune étude à ce jour n'avait encore mis en évidence une supériorité du lien affectif issu d'une psychothérapie en VC par rapport à celui s'établissant en contexte conventionnel. Toutefois, ces résultats ne paraissent pas invraisemblables. En effet, il est connu qu'une part non négligeable des clients bénéficiant d'un suivi par VC manifeste une préférence pour une relation thérapeutique à distance (Richardson, Reid, et Dziurawiec, 2015; Simpson, 2001; Simpson et al., 2005; Thorp et al., 2012). Lorsque questionnés sur leur expérience en VC, certains clients estiment le processus thérapeutique comme étant plus agréable et rapportent avoir éprouvé un plus grand sentiment de contrôle personnel qu'en psychothérapie conventionnelle (Bakke et al., 2001; Frueh et al., 2007; Simpson, 2001; Simpson et al., 2005). D'ailleurs, les individus aux prises avec un TAG se

montrent particulièrement susceptibles de préférer les situations dans lesquels ils se sentent en contrôle, manifestation de leur intolérance à l'incertitude (Dugas et Robichaud, 2007). Il est donc envisageable que cette population clinique puisse faire preuve d'une réceptivité particulière envers l'utilisation de la VC en psychothérapie, celle-ci leur permettant de s'abandonner plus aisément au développement d'un lien d'attachement significatif avec leur thérapeute. Malgré le bien-fondé de ces hypothèses explicatives, force est d'admettre que nous en connaissons encore très peu sur les facteurs contribuant à l'établissement du lien affectif en contexte spécifique de VC. Certaines caractéristiques des clients, mais également des thérapeutes et du contexte thérapeutique pourraient contribuer au développement d'un lien affectif de qualité malgré la distance. De nouvelles études mériteraient d'être menées afin de répondre aux nombreuses questions de recherche qui demeurent en suspens.

Il est également intéressant de constater qu'un écart significatif existe entre la perception des clients et de leurs thérapeutes quant à leur évaluation de l'AT. Concernant l'entente sur les moyens employés, les clients semblent évaluer cette composante plus positivement que les thérapeutes, et ce, sans égard à la modalité dans laquelle la psychothérapie a été administrée. Les clients perçoivent également l'entente sur les objectifs comme étant plus forte que ce qui est rapporté par leur thérapeute, mais ce uniquement en situation de VC. Concernant la qualité du lien affectif, les analyses menées laissent supposer que les clients et les thérapeutes évalueraient de façon similaire cette composante de l'AT. Toutefois, il importe encore une fois de spécifier que ces résultats concernent uniquement les données obtenues entre la première et la neuvième séance. En observant les scores obtenus en fin de thérapie via une analyse visuelle de graphique (voir Figure 3), un écart entre la perception des clients et des thérapeutes semble se dessiner à l'égard de la qualité du lien affectif en VC. Ainsi, une fois la relation installée depuis quelques rencontres, il est envisageable que les clients puissent évaluer plus positivement la qualité du lien

affectif que leur thérapeute en VC. Tout compte fait, en contexte de VC, les clients tendent à évaluer plus positivement que les thérapeutes l'entente sur les objectifs thérapeutique, l'entente sur les moyens mis en place et, possiblement, la qualité du lien affectif. Ces résultats confirment donc que les clients semblent bien composer avec l'utilisation de la télépsychothérapie.

Malgré que les thérapeutes dressent un portrait moins favorable que leurs clients de l'AT en VC, il n'en demeure pas moins qu'ils ne rapportent aucune différence dans la qualité de chacune des composantes de l'alliance selon que la thérapie se déroule VC ou en format conventionnel. Ces résultats suggèrent donc un portrait différent de celui obtenu par Ertelt et al. (2011), selon lequel les thérapeutes percevaient l'ensemble des composantes de l'AT comme étant moins élevées en situation de VC qu'en face à face. Il est intéressant de constater que, malgré leurs craintes initiales envers l'impact de l'utilisation de la télépsychothérapie sur la qualité du lien affectif, les thérapeutes eux-mêmes conviennent que cette composante de l'AT se déploie avec autant de vigueur en VC qu'en thérapie conventionnelle.

Concernant le développement de l'AT, on constate que l'emploi de la VC n'affecte aucunement la trajectoire de déploiement de chacune des trois composantes de l'AT. Par ailleurs, le client et le thérapeute ne semblent pas expérimenter le même profil de variations d'AT au cours de l'intervention. Chez les clients, les trois composantes de l'AT s'installent progressivement alors que la thérapie suit son cours, adoptant une trajectoire linéaire. On remarque toutefois chez les thérapeutes davantage de fluctuations à travers les séances concernant l'entente sur les objectifs thérapeutiques et la qualité du lien affectif. En ce qui concerne l'entente sur les moyens mis en place toutefois, les thérapeutes tendent à percevoir cet aspect comme étant, au contraire, plutôt stables au cours de la thérapie. Ce dernier élément va dans le même sens que les résultats obtenus par Watts (2012) et Ertelt (2011). Il est possible que l'utilisation

d'un protocole de traitement standardisé ait pu soutenir, aux yeux des thérapeutes, la perception d'une entente immuable quant aux stratégies de traitements employées. Les clients, malgré qu'ils aient consenti à l'utilisation du protocole d'intervention en acceptant de prendre part à l'étude, semblent pour leur part expérimenter un endossement progressif des stratégies proposées.

Une des forces majeures de cette étude repose sur son analyse distincte des trois composantes de l'AT, permettant un examen approfondi de l'impact de l'utilisation de la VC sur la mise en place de l'alliance. D'ailleurs, l'hétérogénéité des résultats obtenus entre chacune des sous-échelles confirme la pertinence de cette démarche. L'évaluation de l'alliance à la fois auprès du client et du thérapeute et ce, à de nombreuses reprises au cours de l'intervention, contribue également à offrir un portrait nuancé de la qualité de l'AT en VC. De plus, l'emploi d'un devis expérimental comportant un groupe de comparaison équivalent, une assignation aléatoire à la modalité de traitement, un large échantillon, une intervention standardisée ainsi que des instruments de mesure validés confèrent certainement à cette étude un haut niveau de rigueur scientifique.

Certaines limites se doivent toutefois d'être mentionnées. Tout d'abord, il importe de préciser qu'en raison du plafonnement des données obtenues à chacune des sous-échelles de l'IAT, les résultats statistiques présentés ne concernent que l'AT aux séances 1 à 9. Ainsi, les séances correspondant à l'introduction des stratégies d'exposition cognitives ainsi qu'à la clôture de la relation entre le client et le thérapeute n'ont pu être considérées dans les analyses (séances 10 à 15). Il aurait été intéressant d'examiner si ces points tournants de la psychothérapie ont eu un impact sur l'AT en VC et, si oui, quelles facettes de l'alliance s'en sont vues affectées. L'analyse visuelle des graphiques permet toutefois d'observer qu'aucun bouleversement majeur ne semble survenir quant à chacune des composantes de l'AT

lors du dernier tiers de la psychothérapie, et laisse place à certaines interprétations quant à leur évolution en fin de traitement. Il importe également de mentionner qu'il s'avère difficile de généraliser les résultats de la présente étude à tous les individus présentant un TAG. En effet, il est possible que les individus ayant accepté de participer à cette étude n'étaient pas équivalents à ceux ayant décliné. Ajoutons que d'occasionnels problèmes techniques ont été rencontrés avec l'appareil de VC : difficulté à établir la connexion, interruption de la communication, latence dans la transmission du son, et dégradation de la qualité de l'image. Dans certains cas exceptionnels, les séances ont dû être reportées ou complétées par téléphone. Ceci confirme l'importance que les thérapeutes soient préparés à faire face à de telles difficultés, entre autres en ayant à leur disposition un téléphone ainsi que le numéro leur permettant de rejoindre leur client en cas d'interruption dans la transmission de la séance. L'accès à des ressources de soutien technique est également crucial afin de résoudre les situations plus complexes.

Les résultats de cette étude appuient la pertinence d'explorer chaque sous-échelle de l'IAT afin d'obtenir un portrait plus nuancé de l'impact de l'utilisation de la VC sur l'alliance. De plus, ils offrent aux cliniciens une réponse des plus rassurante à leurs préoccupations concernant la qualité du lien affectif en VC, en suggérant que la VC pourrait même favoriser l'établissement du lien affectif éprouvé par les clients. La diffusion de ces résultats pourrait contribuer positivement à leur réceptivité à intégrer la VC à leur pratique. Considérant les avantages que cette alternative clinique offre en termes d'accès aux ressources spécialisées en santé mentale, il importe d'encourager auprès des thérapeutes l'utilisation de la télépsychothérapie par VC. Pour se faire, il s'avère nécessaire de mettre à leur disposition les ressources techniques et logistiques nécessaires afin d'employer cette technologie avec confiance et d'offrir aux thérapeutes l'opportunité de s'exposer à l'utilisation de la VC. Inclure l'expérimentation de la télépsychothérapie à la formation clinique des futurs

thérapeutes et offrir des activités pratiques de perfectionnement aux professionnels pourraient représenter des pistes de solution intéressante afin de soutenir l'utilisation de la VC en psychothérapie.

CHAPITRE V

DISCUSSION GÉNÉRALE

Ce chapitre constitue une discussion générale concernant les résultats obtenus dans les chapitres précédents et se divise en six sections distinctes. La première section résume tout d'abord les observations découlant de la recension systématique des écrits scientifiques, puis elle offre une synthèse des principaux résultats obtenus lors de l'étude empirique. La section suivante propose une analyse des facteurs pouvant potentiellement affecter le développement de l'AT en VC ainsi qu'un modèle conceptuel permettant l'articulation des différents facteurs discutés. La troisième section aborde un certain nombre d'implications cliniques découlant du présent projet de recherche. La quatrième section, pour sa part, traite de certaines considérations méthodologiques en soulignant les forces et les limites du programme de recherche. Dans la cinquième section, des pistes de recherche futures visant l'approfondissement et l'élargissement des connaissances concernant l'AT en contexte de VC sont explorées. Finalement, un plan de transfert des connaissances est proposé.

5.1 Synthèse des résultats

L'objectif principal de la présente thèse consistait à approfondir les connaissances au sujet de la qualité de l'AT en télépsychothérapie auprès de la population présentant un TAG. Les objectifs spécifiques visés incluaient : 1) une mise à jour des connaissances concernant la qualité de l'AT au cours d'une psychothérapie individuelle pour un trouble du spectre anxieux administrée par VC ; 2) l'évaluation de l'impact de l'utilisation de la VC au cours d'une psychothérapie cognitive et

comportementale sur la qualité de l'AT auprès d'une clientèle présentant un TAG ; et 3) à titre exploratoire, observer l'impact de l'utilisation de la VC sur la trajectoire de développement de l'AT.

5.1.1 Recension systématique des écrits scientifiques

La recension systématique des écrits scientifiques a permis de faire le point sur les connaissances actuelles concernant la qualité de l'AT se développant en contexte de VC dans le traitement d'un trouble du spectre anxieux. Elle a su mettre en évidence qu'une AT de qualité peut émerger lors d'une télépsychothérapie par VC pour un tel trouble. De plus, elle suggère que l'alliance ne serait pas compromise par l'utilisation de la VC, la qualité de la relation en VC se révélant similaire à celle s'établissant en contexte conventionnel. Finalement, la recension ne relève aucun profil typique quant au développement de l'AT au cours d'une télépsychothérapie.

Néanmoins, il importe de considérer ces conclusions avec une certaine retenue. Le nombre restreint d'études menées à ce jour auprès de chacun des troubles du spectre anxieux (trouble panique avec agoraphobie, $n = 2$; trouble d'anxiété sociale, $n = 2$; trouble obsessionnel-compulsif, $n = 5$; état de stress post-traumatique, $n = 1$) rend prématuré l'établissement de constats assurés au sujet de la qualité de l'AT au cours du traitement de ces différentes pathologies par l'entremise de la VC. Le TAG, en particulier, semble avoir été ignoré dans ce champ de recherche. Ajoutons que les études recensées basent pour la plupart leurs résultats sur des échantillons de faible taille, ce qui restreint leur validité. Les réserves quant aux conclusions de la recension se veulent d'autant plus fondées en ce qui concerne l'équivalence de la qualité de l'AT en VC à celle s'établissant en contexte thérapeutique conventionnel. En effet, encore très peu d'études à ce jour ont intégré à leur devis de recherche un groupe de

comparaison bénéficiant d'une psychothérapie administrée en face à face, et aucune d'entre elles n'a procédé à une assignation aléatoire des participants aux différentes modalités d'intervention. Une autre limite importante concerne l'évaluation plutôt rudimentaire du concept d'AT. Dans une grande proportion des études recensées, certaines caractéristiques fondamentales de l'AT n'ont pas été considérées. Tout d'abord, malgré que l'AT implique une relation entre deux individus, on remarque une tendance à ne considérer que la perception du client lors de son évaluation. De plus, la majorité des études néglige la nature dynamique de l'alliance en n'obtenant que très peu de mesures de son évolution en cours de traitement. On observe également une tendance à évaluer l'AT de façon globale, sans examen approfondi des différentes dimensions qui la composent. Enfin, un manque de transparence concernant le déroulement de l'expérimentation rend difficile, dans certains cas, l'évaluation de la qualité des études (c.-à-d., informations manquantes concernant l'accord inter-juges des évaluations diagnostiques, l'adhérence au protocole de traitement, les précautions prises afin de contrer la désirabilité sociale lors de l'évaluation de l'AT, et le taux d'attrition en cours de thérapie).

Somme toute, cette recension systématique des écrits offre un portrait fort encourageant quant à la qualité de la relation thérapeutique s'établissant dans un contexte de télépsychothérapie par VC chez une population présentant un trouble du spectre anxieux. Néanmoins, son apport majeur demeure certainement l'identification de lacunes récurrentes dans ce domaine de recherche. La recension sert ainsi d'appui à l'élaboration d'une étude empirique rigoureuse, visant à remédier à certaines limites des études antérieures.

5.1.2 Étude empirique

C'est donc à la lumière des constats mis en évidence par la recension systématique des écrits que l'étude présentée dans cette thèse a été élaborée. Celle-ci examine l'impact de l'utilisation de la télépsychothérapie par VC sur la qualité de l'AT auprès d'une population atteinte d'un TAG. Un essai randomisé et contrôlé a été mené auprès de 115 individus présentant un TAG en guise de trouble primaire. L'évaluation de l'AT a été réalisée de façon à tenir compte de la nature relationnelle, dynamique et multidimensionnelle de ce phénomène. Ainsi, les clients tout comme leurs thérapeutes se sont prononcés sur leur perception de la relation thérapeutique, et ce, à de nombreuses occasions au cours de l'intervention. De plus, l'analyse des données s'est concentrée à la fois sur les scores globaux d'alliance et sur les scores spécifiques concernant chacune de ses composantes (*Entente sur les objectifs thérapeutiques, Entente sur les moyens employés, et Qualité du lien affectif*).

5.1.2.1 Impact de l'utilisation de la VC en télépsychothérapie sur la qualité de l'AT auprès d'une population souffrant d'un TAG

Les résultats de la présente étude démontrent que l'utilisation de la VC en psychothérapie ne représente pas un obstacle à l'établissement de l'AT chez les individus souffrant d'un TAG. Au contraire, la VC semble même favoriser chez le client l'émergence d'une AT supérieure à celle s'établissant en contexte conventionnel. À notre connaissance, aucune étude à ce jour n'avait encore mis en évidence un tel avantage pour la VC concernant la qualité de l'AT s'établissant entre le client et son thérapeute. Par ailleurs, les cliniciens préoccupés à l'idée que la distance physique ainsi que l'emploi d'un intermédiaire technologique à la communication puissent contraindre le niveau de chaleur, d'authenticité et d'empathie pouvant être transmis en séance seront étonnés de constater que c'est particulièrement la composante

affective de l'alliance qui se révèle optimisée chez les clients en contexte de télépsychothérapie.

La qualité de la relation entre le client et son thérapeute représente un aspect central à toute démarche psychothérapeutique. Les résultats de cette étude s'avèrent donc d'une grande importance. Les données obtenues appuient la légitimité de la VC en tant qu'alternative à la psychothérapie conventionnelle pour les individus souffrant d'un TAG. L'étude fournie également aux cliniciens une réponse des plus rassurante à leurs préoccupations concernant la qualité du lien affectif s'établissant en VC, ce qui pourrait contribuer à une plus grande réceptivité de leur part à intégrer ce mode de rencontres à leur pratique clinique. Ainsi, les résultats de la présente étude se montrent prometteurs en vue de l'amélioration de l'accessibilité à la psychothérapie.

5.1.2.2 Impact de l'utilisation de la VC en télépsychothérapie sur la trajectoire de développement de l'AT

À la lumière des résultats obtenus dans le cadre de l'étude empirique, il semble que la trajectoire de développement de l'AT ne soit pas affectée par la modalité dans laquelle l'intervention est dispensée. En effet, le profil de fluctuations de l'AT en VC se révèle similaire à celui observé en psychothérapie conventionnelle. Les résultats permettent également de confirmer que l'AT se façonne graduellement au cours de la thérapie. L'examen approfondi des fluctuations de l'AT met en évidence une croissance rapide de la relation, suivie par une stabilisation, pour ensuite reprendre une progression importante en fin de thérapie. Il est intéressant d'observer que l'introduction des stratégies d'exposition écrite aux inquiétudes, de la séance 10 à la séance 13, concorde avec l'atteinte d'un plateau dans l'évolution de la relation. L'exposition suscitant inévitablement des émotions inconfortables chez les clients, il

est possible que le déploiement de la relation de collaboration envers le travail thérapeutique y soit alors ralenti.

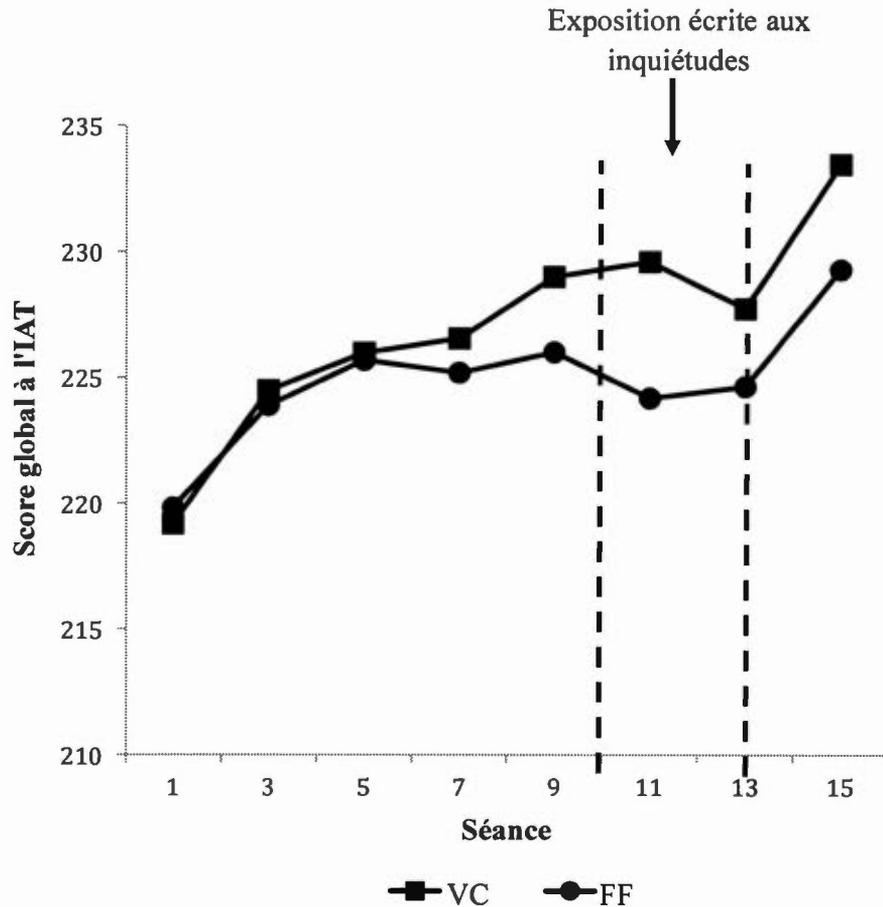


Figure 1. Évolution des scores globaux d'AT chez le client et le thérapeute lors de l'introduction de l'exposition cognitive aux inquiétudes

Ce ralentissement dans l'établissement de l'AT pourrait être décrite comme une forme de rupture de la relation de collaboration. Malgré que le terme « rupture » soit fréquemment associé à une dégradation majeure de l'alliance, il englobe également les tensions plus subtiles venant freiner la mise en place de la relation (Eubanks-Carter et al., 2010). Il semble toutefois qu'une résolution satisfaisante de ces

impasses puisse agir comme tremplin au processus thérapeutique (Gelso et Carter, 1994). D'ailleurs, dans la présente étude, cette stagnation dans l'évolution de la relation est suivie par une hausse considérable de la qualité de l'AT.

5.2 Analyse des facteurs pouvant influencer le développement de l'AT en VC

Il semble donc que la présence physique simultanée du client et du thérapeute dans une même pièce ne représente pas un critère indispensable à l'établissement d'une AT de qualité lors d'une psychothérapie pour le TAG. Afin de favoriser la compréhension des résultats obtenus, l'examen des facteurs pouvant contribuer à la formation de l'alliance malgré les contraintes propres à l'utilisation de la VC s'avère d'un intérêt certain. Tout d'abord, les études portant sur le sentiment de présence offrent un éclairage enrichissant sur l'expérience en télépsychothérapie et proposent une première piste intéressante d'explication. Le sentiment de présence réfère à l'expérience subjective chez le client d'être « avec son thérapeute » (et, à l'inverse, le sentiment chez le thérapeute d'être « avec son client »), et ce, malgré que ceux-ci soient physiquement situés à des endroits différents. Ce phénomène pourrait jouer un rôle déterminant dans la capacité des clients et des thérapeutes à faire abstraction de la distance et de l'appareil de VC, voire même à l'oublier momentanément, et ainsi soutenir l'émergence d'une alliance de qualité en télépsychothérapie. D'ailleurs, certaines études identifient le sentiment de présence éprouvé par les clients en cours de télépsychothérapie par VC comme étant un prédicteur significatif de la qualité de l'AT (Bouchard et al., 2010; Bouchard et al., 2007, Germain et al., 2010; Robillard, Bouchard, Guitard, et Lefebvre, 2009).

Il est également envisageable que, dans la présente étude, l'attention portée à l'environnement où se déroulaient les séances de télépsychothérapie ait pu contribuer

à l'édification d'une forte AT malgré l'emploi de la VC. De façon plus spécifique, en privilégiant des conditions propices à un échange thérapeutique satisfaisant et le moins stressant possible (p. ex., mise en place d'installations confortables et similaires à celles habituellement proposées en thérapie conventionnelle, absence de manipulation du système de VC de la part du client, utilisation d'un système de VC fixe optimisant la confidentialité des échanges), l'émergence d'un certain sentiment de sécurité a possiblement été encouragé. Un impact positif sur le sentiment de présence est également envisageable. L'établissement de l'AT, tout particulièrement du lien affectif entre le client et son thérapeute, en profiterait certainement.

Ces facteurs pourraient donc permettre de contrer les potentiels désagréments associés à l'emploi de la VC en contexte clinique concernant l'AT. En d'autres termes, ces conditions contribueraient à ce que l'expérience vécue en VC s'apparente de près à celle expérimentée lors de rencontres plus conventionnelles et, conséquemment, à ce que l'AT se déploie avec la même vigueur que si le client et le thérapeute s'étaient trouvés dans la même pièce. Toutefois, comment expliquer que la qualité de l'AT en VC telle que perçue par les clients puisse aller jusqu'à surpasser celle s'établissant en contexte conventionnel ? Est-ce possible que l'emploi de la VC puisse représenter, à certains égards, un atout pour une proportion de clients lorsqu'il est question de s'engager dans une relation thérapeutique ? Si oui, comment expliquer que cet avantage soit observable chez les clients, mais non chez les thérapeutes ? Les prochaines sections proposent une réflexion quant à ces questionnements. L'analyse s'attardera aux facteurs pouvant affecter l'expérience propre au client, puis à ceux concernant plus spécifiquement l'expérience du thérapeute. Les écarts et les similitudes entre l'expérience des deux acteurs dans la relation seront également examinés. En dernier point, un modèle conceptuel représentant les relations entre les différents facteurs discutés est proposé.

5.2.1 Développement de l'AT en VC: Expérience du client

Un certain nombre d'études menées en télépsychothérapie met en évidence une aisance particulière de la part des clients dans ce contexte de rencontres psychothérapeutiques (Richardson et al., 2015; Simpson, 2001; Simpson et al., 2005; Thorp et al., 2012). Il semble que la distance puisse offrir au client la possibilité d'expérimenter une certaine intimité affective et ce, sans se sentir envahi par la présence de l'autre (Bakke et al., 2001, Frueh et al., 2007; Simpson, 2001; Simpson et al., 2005). Un contact particulier avec l'expérience émotionnelle ainsi qu'un sentiment accru de sécurité affective semblent donc émerger en VC et pourraient, conséquemment, soutenir la capacité à s'abandonner à une relation thérapeutique satisfaisante.

L'effet de désinhibition en ligne (*online disinhibition effect*; Suler, 2004) offre également une piste intéressante afin de mieux saisir les particularités propres à l'expérience des clients en télépsychothérapie. Ce phénomène réfère à la diminution, lors d'échanges à distance, de l'inhibition sociale normalement rencontrée dans les rapports en face à face. Entre autres en raison d'un sentiment accru d'anonymat, certains individus se permettraient d'exprimer en ligne des facettes du soi qui, autrement, n'auraient pas été dévoilées. En télépsychothérapie par VC, ce sentiment d'abandon et de liberté dans la révélation de soi pourrait entraîner chez le client la perception d'une proximité affective avec son thérapeute. L'impact de ce phénomène contribuerait ainsi à l'édification de l'AT, particulièrement de la composante *Qualité du lien affectif*.

Par ailleurs, certains utilisateurs de la VC rapportent y éprouver une perception de contrôle personnel accru, mentionnant par exemple se sentir davantage libres

d'interrompre la séance à tout moment s'ils le désiraient (Simpson et al., 2005). Ajoutons que, pour le client, la possibilité de modifier certains paramètres concernant l'environnement de thérapie (p. ex., modification du volume de la voix du thérapeute, possibilité d'obtenir une image plus ou moins rapprochée du thérapeute afin de modifier la perception de distance interpersonnelle, sentiment d'être plus libre de déplacer le mobilier afin d'améliorer son confort, etc.) pourrait permettre à ce dernier d'expérimenter davantage de contrôle que dans le cadre d'une psychothérapie conventionnelle. Ce sentiment pourrait contribuer à atténuer les résistances éprouvées par certains et, de cette manière, soutenir l'établissement de l'AT. D'ailleurs, en raison de leur grande intolérance à l'incertitude, les individus aux prises avec un TAG se montrent particulièrement susceptibles d'apprécier les situations dans lesquelles ils se sentent plus en contrôle (Dugas et Robichaud, 2007). Il est donc envisageable que cette population clinique puisse faire preuve d'une réceptivité particulière envers l'utilisation de la télépsychothérapie par VC.

En somme, l'emploi de la VC pourrait favoriser une intimité propice au contact avec l'expérience émotionnelle, un sentiment de sécurité et de proximité affective envers le thérapeute, une plus grande aisance à la révélation de soi, un sentiment de contrôle personnel accru, de même qu'une diminution des défenses à l'égard de la relation. Il paraît vraisemblable que cet état puisse accompagner le client à s'abandonner au processus psychothérapeutique et à développer un attachement significatif envers son thérapeute. Des nuances se doivent toutefois d'accompagner ces interprétations.

Tout d'abord, l'impact bénéfique de la VC sur la qualité de l'AT des clients se révèle somme toute être d'amplitude modérée ($\eta^2 = .06$). De plus, quoique la VC puisse représenter une modalité intéressante pour certains individus, il importe de spécifier qu'elle ne fait certes pas l'unanimité auprès de tous les clients. Le niveau de confort éprouvé envers l'utilisation de technologies varie d'un individu à l'autre (Germain et

al., 2009). Un manque d'expérience, un faible sentiment d'efficacité personnelle envers la technologie pouvant susciter le sentiment d'être menacé, ou une rigidité à intégrer les nouvelles technologies disponibles, peuvent certainement nuire à l'expérience relationnelle en VC. Les individus pour lesquels l'utilisation de la VC est vécue comme étant incommode seront certainement plus susceptibles de décliner une telle offre de services. L'attitude et les croyances envers la VC seraient d'ailleurs reliées à l'intention d'utiliser une nouvelle technologie (Davis, 1989). Dans la présente étude, on peut supposer qu'un certain nombre de participants potentiels ait pu revenir sur leur décision de prendre part à l'expérimentation en apprenant qu'ils bénéficieraient d'un traitement par VC. En effet, malgré la procédure d'assignation aléatoire, on remarque un écart entre le nombre d'individus assignés en VC ($n = 69$) et ceux assignés à la modalité conventionnelle ($n = 79$). Néanmoins, chez les participants ayant débuté le traitement, aucune différence n'a pu être relevée entre ceux ayant abandonné et ceux ayant complété la thérapie en ce qui concerne la modalité de traitement, les caractéristiques sociodémographiques, et l'intensité des symptômes d'un TAG au moment de débiter le traitement.

Somme toute, la VC ne représente pas un obstacle à l'établissement de l'AT des clients qui acceptent de tenter l'expérience. Il s'avère toutefois difficile d'évaluer si elle représente une option thérapeutique aussi intéressante chez les individus réfractaires à en faire l'essai. Les études se veulent toutefois encourageantes à ce sujet, puisqu'il semble que malgré la présence de réticences envers la VC, les appréhensions des clients se dissiperaient très rapidement et le niveau de confort éprouvé relativement à l'utilisation de cette technologie augmenterait au fil des rencontres (Pelletier, 2002). L'attitude initiale défavorable envers la VC semble donc tempérée par la familiarité, laissant même place à de très hauts niveaux de satisfaction clinique. Ce changement d'attitude, grâce à l'augmentation de la familiarité, pourrait se voir favorable à l'établissement de l'AT en VC.

5.2.2 Développement de l'AT en VC: Expérience du thérapeute

Alors que la VC semble avoir un certain effet catalyseur sur la relation thérapeutique chez les clients qui acceptent d'en faire l'expérience, cela ne semble pas être le cas chez les thérapeutes. Néanmoins, la VC ne représente pas pour autant un obstacle à l'établissement de l'AT chez les ces derniers. En effet, les thérapeutes ne perçoivent pas de différence dans la qualité de la relation se développant avec leur client selon que la thérapie se déroule à distance ou en format conventionnel. Les appréhensions exprimées concernant les répercussions potentielles de la VC sur la qualité du lien affectif ne semblent donc pas affecter négativement leur évaluation de l'AT. Afin d'en connaître davantage au sujet de l'attitude des cliniciens envers l'utilisation de la VC en psychothérapie, les thérapeutes de la présente étude ont été invités à partager leurs opinions, appréhensions, perceptions, et expériences au cours de l'expérimentation. Plusieurs d'entre eux admettent avoir douté de la qualité du lien affectif qu'ils parviendraient à établir à distance au moment où ils ont accepté de prendre part à cette étude. Ceux-ci ajoutent toutefois que leurs inquiétudes se sont très rapidement dissipées, l'expérimentation de la VC ayant permis de démentir leurs appréhensions. Il semble donc que de fournir aux thérapeutes l'occasion d'essayer la télépsychothérapie par VC puisse représenter une piste de solution intéressante afin de modifier leurs croyances et attitudes envers cet outil et, conséquemment, d'améliorer leur réceptivité à cette option clinique. D'ailleurs, tous les thérapeutes ayant rapporté des craintes au départ ne possédaient aucune expérience en télépsychothérapie. Une étude menée par Rees et Stone (2005) met par ailleurs en évidence une tendance, chez des psychologues n'ayant pour la plupart aucune expérience en télépsychothérapie, à présenter un biais défavorable dans leur évaluation de l'AT lorsqu'ils observent des séances se déroulant en contexte de VC.

Selon les auteurs, les croyances négatives des cliniciens à l'égard de la télépsychothérapie les amèneraient à percevoir plus négativement la relation thérapeutique. Ainsi, une attitude négative envers la VC pourrait nuire à la perception de l'AT. Toutefois, l'expérimentation de la VC semble améliorer l'attitude des thérapeutes et, conséquemment, permettre de contourner cet effet.

Par ailleurs, lors de cet échange avec les thérapeutes, certains ont rapporté avoir trouvé difficile de maintenir la connexion émotionnelle avec leur client lorsque la communication était contrainte par des difficultés techniques ou par une diminution de la qualité du son ou de l'image. À leur avis, quoique la VC soit propice à l'établissement d'une AT de qualité, des efforts devraient être fournis afin de réduire ces contraintes technologiques pouvant gêner le contact émotionnel.

Il importe de préciser que ces impressions des thérapeutes envers la VC ont été recueillies à partir d'entretiens qualitatifs non standardisés réalisés une fois l'expérimentation complétée, et ce, seulement auprès des thérapeutes ayant accepté de répondre à nos questions. Malgré les biais pouvant affecter la validité de ces informations (p. ex., biais relatifs à la mémoire, biais de sélection, désirabilité sociale), ces données offrent une piste de réflexion intéressante concernant les facteurs pouvant influencer l'attitude des thérapeutes envers la télépsychothérapie ainsi que le contact émotionnel en VC.

Dans un même ordre d'idée, la réceptivité des thérapeutes à l'égard de la VC a certainement évolué de façon non négligeable au cours des dernières années. Récemment, l'utilisation des technologies de communication a fait un bond fulgurant. Les applications permettant une communication audiovisuelle interactive telles que Skype, FaceTime ou Google Talk, pour ne nommer que celles-ci, connaissent une popularité accrue dans les échanges professionnels, mais également de la vie

courante. Ainsi, malgré qu'une minorité de psychologues ait intégré la VC à leur pratique clinique (Simpson et Reid, 2014), il n'en demeure pas moins qu'un nombre grandissant d'entre eux se voit davantage familier avec l'utilisation de telles technologies. Cette familiarité accrue pourrait contribuer à abaisser les craintes des psychologues à l'égard de l'utilisation de la VC ou, du moins, à les rendre plus perméables au changement. Ceci pourrait d'ailleurs expliquer pourquoi il a été si rapide pour les thérapeutes de la présente étude de déconstruire leurs appréhensions concernant les répercussions de la VC sur la qualité du lien affectif.

L'examen de l'expérience du thérapeute en télépsychothérapie ne peut passer sous silence le fait que les rencontres en VC impliquent, pour ce dernier, un lot d'obligations additionnelles par rapport à la psychothérapie conventionnelle. En effet, c'est au thérapeute que reviennent les responsabilités d'initier l'appel avec le client, de manipuler sa caméra ainsi que celle du client afin d'obtenir un plan visuel adéquat, de gérer les difficultés techniques en lien avec l'utilisation du système et, si nécessaire, de s'assurer d'une prise en charge du client au site distant en cas d'urgence psychosociale. Cette part supplémentaire de responsabilités pourrait susciter, chez le thérapeute, un certain niveau d'anxiété n'étant pas présent en rencontres conventionnelles. On pourrait également envisager des répercussions regrettables sur le sentiment de présence. Néanmoins, la qualité de l'AT ne semble pas en être significativement affectée.

Ajoutons qu'afin de faciliter l'enregistrement vidéo des séances en prévision de l'évaluation de l'intégrité thérapeutique, les thérapeutes de la présente étude étaient contraints d'offrir les rencontres en visualisant à l'écran un plan rétréci de leur propre image. Cette projection constante de soi peut certainement représenter une source de distraction chez le thérapeute et nuire à la mise en place d'un sentiment de présence optimal. Mais encore une fois, leur évaluation de la relation ne semble pas en souffrir.

En résumé, l'expérience de la VC comporte pour les thérapeutes certaines contraintes supplémentaires, surtout dans un contexte de recherche standardisé employant des thérapeutes peu expérimentés en télépsychothérapie. Néanmoins, ils parviennent à développer une relation thérapeutique d'une aussi grande qualité qu'en psychothérapie conventionnelle. Ces résultats se veulent donc des plus prometteurs lorsque l'on considère que les cliniciens qui intègrent la VC à leur pratique clinique bénéficient d'un cadre d'application moins contraignant que celui de la présente recherche ainsi que d'une accumulation d'expériences en télépsychothérapie.

5.2.3 Développement de l'AT en VC: Différences et similitudes entre l'expérience du client et l'expérience du thérapeute

Les sections précédentes ont mis en évidence deux constats majeurs issus de l'étude empirique. D'abord, chez les clients acceptant de prendre part à des rencontres de psychothérapie à distance, la VC ne représente pas un obstacle à l'établissement de l'AT. L'emploi de la VC semble même contribuer à bonifier la relation thérapeutique qu'ils établissent avec leur thérapeute. En second lieu, la qualité de l'AT expérimentée par les thérapeutes ne semble pas être affectée par la modalité dans laquelle l'intervention est dispensée. À la lumière de ces résultats, il n'est certes pas étonnant de constater chez les clients une tendance à évaluer la qualité de l'AT en VC comme étant supérieure à ce qui est rapporté par leur thérapeute.

Malgré que ce soit particulièrement la qualité du lien affectif perçue par le client qui semble avantagée en situation de VC, on n'observe pas de différence significative entre l'évaluation du client et celle du thérapeute en VC concernant cette composante. Si un écart existe entre les répondants, celui-ci n'émergerait qu'en fin de thérapie. Il

semble donc que les clients et les thérapeutes partagent une perception similaire de la qualité du lien affectif en VC. Il pourrait être attrayant de postuler que les thérapeutes, tous comme les clients, puissent éprouver une plus grande aisance en VC qu'en face à face. Néanmoins, cette explication paraît peu probable. Les facteurs pouvant contribuer à l'aisance des clients (p.ex., intimité propice au contact avec l'expérience émotionnelle, sentiment de sécurité affective, révélation de soi facilitée) renvoient à la nature affective et intime de la relation qu'ils entretiennent avec leur thérapeute. Toutefois, cette expérience profonde et très personnelle que le client vit en psychothérapie diffère certes de l'expérience de son thérapeute. Un des rôles du clinicien consiste à soutenir l'émergence de phénomènes affectifs chez son client, entre autres par son acceptation inconditionnelle de l'autre, son empathie, son expertise et ses connaissances. Le processus thérapeutique, malgré son fondement affectif, ne l'engage donc pas aussi intimement que le client. Il est donc peu probable que les facteurs favorisant l'émergence du lien affectif chez le client contribuent de la même manière au lien affectif rapporté par le thérapeute. Il est toutefois envisageable que le thérapeute perçoive avec justesse l'attachement affectif de leur client à leur égard, et que leurs impressions se traduisent par des scores similaires à leurs clients concernant la qualité du lien affectif. En ce sens, l'utilisation de la VC n'entraverait pas la capacité du thérapeute à détecter l'expérience émotionnelle de son client.

Concernant le développement de l'AT, on remarque certaines différences entre le profil présenté par le client et celui du thérapeute. Chez les clients, la relation thérapeutique tend à s'installer progressivement alors que la psychothérapie suit son cours, adoptant une trajectoire linéaire. Chez les thérapeutes, selon la composante de l'AT dont il est question, on observe davantage de fluctuations au fil des rencontres ou, au contraire, un profil plutôt stable. Il est possible que ces résultats témoignent d'une propension, chez les thérapeutes, à évaluer l'AT avec davantage de subtilité et de finesse que leurs clients. Sans pour autant diminuer la valeur de l'évaluation des

clients, il semble envisageable que les thérapeutes aient pu nuancer davantage leurs réponses, entre autres en raison de leur conscientisation à la pertinence et aux implications de l'étude menée. En effet, les thérapeutes impliqués dans la présente étude se veulent également être des candidats au doctorat en psychologie, formés et expérimentés en recherche clinique. Il est possible qu'ils aient ainsi été portés à prendre davantage le temps de répondre aux questionnaires et de nuancer leur évaluation de l'AT. De plus, il importe de considérer que ces thérapeutes détiennent également un éventail d'expériences en psychothérapie beaucoup plus vaste que celui de leurs clients. Ainsi, ils disposent de nombreux comparatifs lorsqu'il est question d'évaluer la qualité de l'AT, ce qui pourrait leur permettre de percevoir plus facilement les variations plus subtiles concernant la relation thérapeutique.

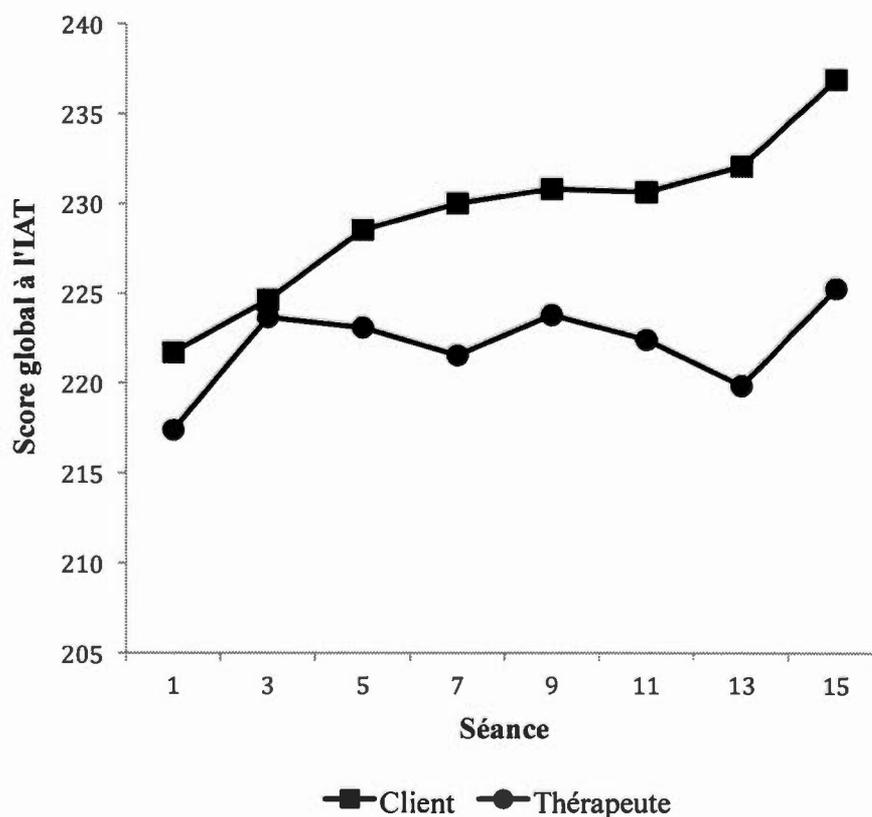


Figure 2. Évolution des scores globaux d'AT chez le client et le thérapeute

Cette analyse comparative met en évidence un certain nombre de différences et de similitudes entre la perception du client et du thérapeute. Elle confirme la pertinence d'évaluer la qualité de la relation auprès de deux acteurs impliqués dans la relation afin d'en obtenir un portrait complet et nuancé.

5.2.4 Élaboration d'un modèle conceptuel des facteurs pouvant influencer le développement d'une AT de qualité en VC

À ce jour, encore peu de chercheurs se sont intéressés aux facteurs pouvant contribuer à l'établissement de l'AT dans un contexte de rencontres psychothérapeutiques par VC. L'étude de cette modalité d'intervention se concentre principalement autour de l'évaluation de son efficacité, laissant de côté d'autres caractéristiques pourtant essentielles à l'expérience en psychothérapie telle que l'AT. Dans un congrès ayant eu lieu en 2007, Bouchard et son équipe ont présenté une première tentative d'explication des variables pouvant affecter la mise en place du lien affectif entre le client et son thérapeute en VC. Leur modèle suggère que le lien affectif du client tout comme celui du thérapeute seraient influencés par le sentiment de présence éprouvé lors des rencontres de VC ainsi que leurs croyances à l'égard de la télépsychothérapie. De plus, ces chercheurs suggèrent que le délai de transmission des informations visuelles et auditives ainsi que les problèmes techniques pouvant survenir lors des rencontres pourraient affecter l'établissement du lien affectif du client et du thérapeute. Les propos recueillis par les thérapeutes au cours de l'étude empirique menée dans le cadre de cette thèse vont d'ailleurs en ce sens.

Le lien entre le sentiment de présence ressenti lors des séances de VC et la qualité de l'AT a été confirmé par un certain nombre d'études menées par cette équipe de chercheurs (Bouchard et al., 2010; Bouchard et al., 2007; Germain et al., 2009; Germain et al., 2010). Néanmoins, les autres variables proposées dans le modèle de Bouchard (2007) n'ont bénéficié que de très peu d'attention de la part de communauté scientifique.

À la lumière des éléments présentés jusqu'à maintenant dans la section 5.2, il s'avère possible d'articuler un modèle conceptuel des facteurs pouvant influencer le développement de l'AT dans un contexte de rencontres psychothérapeutiques par VC. Ce modèle s'inspire des travaux de Bouchard et de son équipe. Il se veut toutefois bonifié par l'ajout d'un certain nombre de variables qui, selon notre étude ainsi que la littérature actuelle, semblent contribuer à l'établissement de la relation thérapeutique en VC. Le modèle comprend donc les éléments suivants : le sentiment de présence, l'attitude envers les technologies de communication à distance, la qualité des informations auditives et visuelles et les difficultés techniques, la capacité à s'abandonner à la relation thérapeutique, les contraintes et obligations relatives à l'utilisation de la VC, la familiarité avec les technologies de communication à distance, ainsi que l'expérimentation de la télépsychothérapie. Une représentation schématisée de ce modèle convient certainement à faciliter la compréhension des interrelations entre chacun des ces éléments.

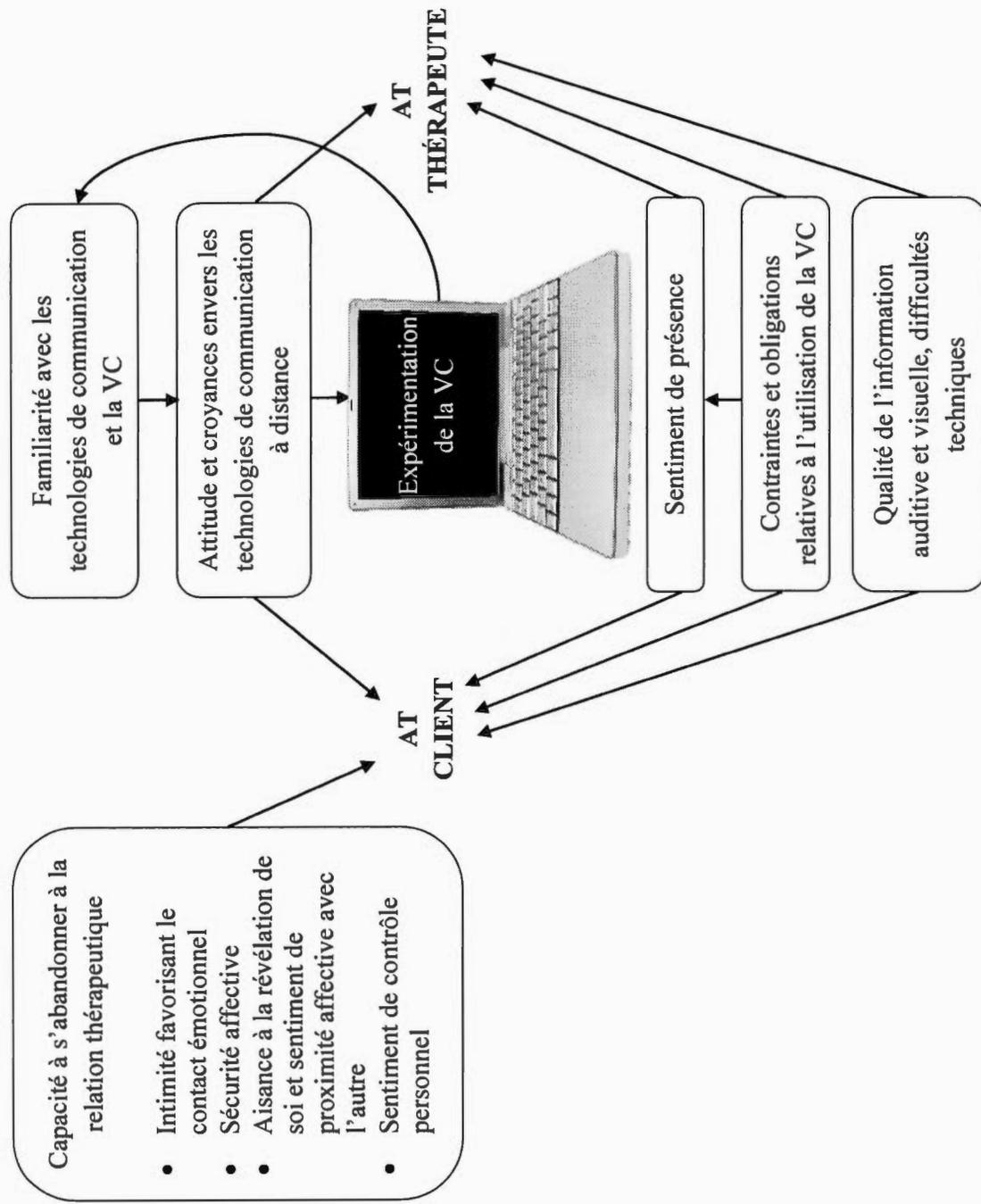


Figure 3. Modèle conceptuel des facteurs pouvant influencer le développement d'une AT de qualité en VC

Ce modèle, qui demeure à un stade hypothétique, mériterait certainement une attention de la part de la communauté scientifique afin d'en évaluer la validité. Par ailleurs, il importe certainement de préciser que ces variables s'additionnent aux facteurs contribuant à l'établissement de la relation thérapeutique en psychothérapie conventionnelle, telle que les caractéristiques du client (p. ex., style d'attachement, présence de problèmes interpersonnels, sévérité des symptômes en début de traitement, attentes initiales envers l'efficacité du traitement), les caractéristiques du thérapeute (p.ex., chaleureux, empathique, flexible, respectueux), ou l'utilisation de certaines techniques (p.ex., validation émotionnelle, encouragement de l'expression des affects, reflets empathiques, interprétations efficaces) (Ackerman et Hilsenroth, 2003; Constantinos, Arnow, Blasey, et Agras, 2005; Mallinckrodt et Jeong, 2015).

5.3 Implications cliniques

5.3.1 Encourager l'utilisation de la VC chez les cliniciens

Les résultats présentés dans cette thèse offrent aux cliniciens une réponse rassurante quant à leurs préoccupations concernant la qualité de l'AT pouvant émerger en situation de VC. Le partage de ces constats aux professionnels de la santé mentale se veut donc d'une grande importance. Un plan de transfert des connaissances est d'ailleurs présenté à la section 5.6. Les données obtenues dans la présente étude suggèrent également que l'expérimentation de la VC pourrait permettre aux cliniciens de remettre en question leurs anticipations en développant une attitude et des croyances plus réalistes envers la télépsychothérapie. Il apparaît donc nécessaire que les cliniciens puissent avoir l'occasion d'expérimenter ce mode de rencontres. Leur ouverture à tenter l'expérience pour une première fois se doit d'être ciblée afin que

les psychologues puissent éventuellement envisager intégrer la VC à leur pratique courante.

Une étude menée par Monthuy-Blanc et son équipe (2013) met en évidence chez les professionnels en santé mentale certaines croyances qui influenceraient leur intention d'utiliser la télépsychologie. Parmi celles-ci, une seule aurait un impact direct sur l'ouverture de ces professionnels à en tenter l'expérience : l'utilité perçue de la télépsychologie. Il paraît donc pertinent de sensibiliser les cliniciens aux avantages pouvant découler de l'utilisation de la VC. Par ailleurs, les avantages généralement exposés à l'égard de l'utilisation de la télépsychothérapie par VC concernent essentiellement l'expérience des clients : amélioration de l'accès à des ressources spécialisées en santé mentale, diminution des coûts et des déplacements, grande satisfaction envers les services de télépsychothérapie, contexte psychothérapeutique propice au développement d'une AT satisfaisante, etc. Les bénéfices pour les cliniciens gagneraient à être mis davantage de l'avant afin que ceux-ci perçoivent la VC comme étant une modalité d'intervention qui leur est également avantageuse. L'accès à une clientèle variée qui, autrement, aurait été difficile d'atteindre peut certainement représenter une stimulation pour certains cliniciens à intégrer la VC à leur pratique. Il pourrait également être pertinent d'offrir aux psychologues acceptant d'offrir des services professionnels à distance certains incitatifs lors de leurs premiers essais, tels qu'une compensation financière ou des crédits d'impôt.

Les occasions d'expérimenter la VC mériteraient d'être encouragées dès le début de la pratique clinique des psychologues. Les institutions universitaires, soucieuses de former des cliniciens pouvant répondre aux besoins actuels du marché, devraient se donner le devoir d'intégrer la télépsychothérapie à leur programme de formation. Les nouveaux psychologues se sentiraient certainement plus confiants d'intégrer la VC à leur pratique professionnelle s'ils avaient l'occasion d'en faire l'essai dans le cadre de

leur stages, internats, ou lors d'ateliers pratiques. Concernant les cliniciens déjà établis, des activités pratiques de perfectionnement professionnel envers la télépsychothérapie mériteraient d'être encouragées par les ordres et associations professionnelles.

5.3.2 Ajustements nécessaires pour l'intégration de la VC à la pratique clinique

La pratique de la télépsychothérapie soulève sans aucun doute certains défis éthiques et déontologiques. En 2013, l'*American Psychological Association* (APA, 2013b) a d'ailleurs émis des lignes directrices afin d'encadrer l'exercice. Suite à cette parution, l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) a diffusé à ses membres une traduction de cet ouvrage. Le « Guide de pratique de l'exercice de la télépsychologie » (OPQ, 2013) (voir l'Appendice G) vise à orienter les psychologues désirant intégrer la télépsychologie à leur pratique professionnelle. Plusieurs aspects sont soulevés dans ce guide, notamment l'importance de s'assurer de développer les compétences nécessaires avant d'offrir de tels services. Ainsi, l'OPQ souligne qu'il est de la responsabilité du psychologue de prendre les moyens nécessaires afin de recevoir une formation pertinente en vue d'acquérir les connaissances et aptitudes requises à l'emploi de la télépsychologie. Elle invite également les psychologues à demeurer à l'affût des données probantes en matière de télépsychologie afin d'ajuster, au besoin, leurs pratiques.

Le guide de pratique met également de l'avant l'importance d'assurer un respect des normes professionnelles et déontologiques de même qu'un consentement éclairé des clients, et ce, avec la même rigueur que si les services avaient été offerts sous une modalité conventionnelle. Par exemple, le psychologue est encouragé à informer son client des limites inhérentes à la technologie concernant la confidentialité des

échanges. Une discussion ouverte concernant la facturation en cas d'interruption du système devrait également avoir lieu. D'ailleurs, le guide met de l'avant l'importance de prévoir à l'avance, avec le client, une procédure claire en cas d'interruption de signal.

La mise en place de services de télépsychothérapie par VC fixe implique également qu'une attention particulière soit accordée à l'aménagement des locaux. Ceux-ci devraient offrir un niveau de confort équivalent à celui attendu dans le cadre d'une psychothérapie en face à face en termes d'espace, d'insonorisation, de luminosité, de température, et de confort des chaises. Il importe également que le client ait à portée de main accès à une boîte de mouchoirs. Afin d'imiter autant que possible le contexte thérapeutique conventionnel, il est recommandé que le moniteur soit situé à une distance similaire à celle habituellement préconisée entre un psychologue et son client et à la hauteur de leur visage (Mitchell et al., 2008; Thorp et al., 2012). Les caméras des deux sites devraient être manipulées par le thérapeute (Simpson et al., 2014) et un souci devrait être accordé afin de s'assurer que le moniteur du client ne projette pas un plan rétréci de leur propre image. L'arrière-plan du client et du thérapeute devrait être dépourvu de toutes sources de distractions (p. ex., miroir) et un fond neutre devrait être privilégié afin de maximiser la qualité de l'image transmise (Thorp et al., 2012). Il s'avère également nécessaire de mettre à la disposition du client et du thérapeute des mesures simples et efficaces de transmission de documents entre eux tels qu'un ordinateur ou une tablette connectés à un réseau internet sécurisé. Les thérapeutes doivent également être prêts à faire face à d'éventuelles difficultés techniques en lien avec l'appareil de VC. Il importe qu'ils aient à leur disposition un téléphone ainsi que le numéro leur permettant de rejoindre leur client en cas d'interruption de la séance.

Dans un contexte de VC mobile, certaines mesures supplémentaires se doivent d'être mises en place. Par VC mobile, on fait ici référence aux applications telles que Skype ou FaceTime pouvant être installées sur un ordinateur personnel ou un appareil mobile. Les séances de psychothérapie peuvent donc avoir lieu dans un éventail varié d'endroits, à la discrétion du client. Le thérapeute se doit donc de discuter ouvertement avec ce dernier de l'environnement où se déroulent les rencontres de télépsychothérapie. Le lieu où se trouve le client doit lui permettre de bénéficier d'une confidentialité complète ainsi que d'un certain niveau de confort. Les sources de distraction se doivent également d'être retirées de l'environnement du client. Le thérapeute mériterait également de rassurer le client quant à la confidentialité offerte par les lieux où il se trouve (p. ex., bureau fermé, absence d'autres personnes dans le local).

Considérant qu'il s'avère compliqué pour le psychologue de prendre en charge à distance la gestion d'urgences psychologiques (p. ex., crise suicidaire, perte de contact avec la réalité) ou physiques (ex., malaise de nature physique ayant lieu au cours de la rencontre), certaines mesures doivent être prévues à cette fin. Dans le cas de la VC fixe, il importe que le site où se trouve le client soit en tout temps prêt à faire face à de telles urgences en ayant à sa disposition des membres du personnel formés afin de gérer ce genre de situation. Les ressources à la portée du client en cas de besoin devraient également être identifiées, incluant les services d'urgence (p. ex., hôpital le plus près), les autres professionnels impliqués auprès du client, ainsi que le réseau personnel sur client. Cette dernière mesure se veut d'autant plus importante pour les rencontres se déroulant à l'aide d'un système de VC mobile.

L'intégration de la VC à la pratique clinique implique également certains ajustements concernant l'emploi de stratégies thérapeutiques particulières. En VC, il est impossible pour le thérapeute d'accompagner le client en personne lors de séances

d'exposition in vivo. Quoique cette stratégie ne fasse pas partie intégrante du protocole de traitement employé dans le cadre de la présente étude, elle est couramment employée dans le traitement cognitif et comportement de troubles du spectre anxieux. Certains auteurs suggèrent que le thérapeute accompagne son client par l'entremise d'un appel téléphonique lors des séances d'exposition in vivo (Goetter et al., 2014). Un proche aidant pourrait également être intégré à la psychothérapie et accompagner les clients lors des séances d'exposition. Par ailleurs, pour les clients plus fonctionnels ou moins en détresse, une exposition in vivo autonome entre les rencontres de télépsychothérapie peut certainement s'avérer adéquate.

5.4 Considérations méthodologiques

5.4.1 Forces du programme de recherche

La recension systématique des écrits présentée au chapitre II a su mettre en évidence le besoin d'offrir de nouvelles études évaluant avec davantage de rigueur et de raffinement la qualité de l'AT lors du traitement de troubles du spectre anxieux par l'entremise de la VC. Il convenait donc d'élaborer un programme de recherche comportant plusieurs améliorations méthodologiques et conceptuelles par rapport aux recherches précédentes. Tout d'abord, l'intérêt accordé à la population atteinte d'un TAG représente un apport important de la présente étude, ce trouble clinique s'avérant être le grand oublié parmi les troubles du spectre anxieux. Par ailleurs, une des forces majeures de cette étude est sans aucun doute le recours à un essai randomisé et contrôlé. De plus, le recrutement de participants à partir de cinq régions à travers le Québec rend possible la généralisation des résultats à une large clientèle, pour qui l'accès à des ressources spécialisées en santé mentale varie considérablement. Il importe également de soulever que l'emploi d'instruments de

mesure validés et possédant de bonnes qualités psychométriques, l'utilisation d'une psychothérapie validée empiriquement pour le TAG, et le recours à un manuel de traitement standardisé ajoutent à la validité interne de l'étude. De plus, le fait que les principaux thérapeutes de l'étude aient dispensé les deux modalités de traitement diminue les biais pouvant être attribuables aux thérapeutes. Des mesures ont également été mises en place afin de prévenir les biais relatifs à la désirabilité sociale des clients lors de leur évaluation de la qualité de la relation thérapeutique.

Le présent projet de recherche se démarque également de la grande majorité des études menées par le passé en évaluant la perception de l'AT à la fois auprès du client et de son thérapeute. Un portrait plus complet et plus nuancé de l'alliance est ainsi obtenu. De plus, comme l'AT est mesurée à de nombreuses occasions, les fluctuations de l'alliance au cours du processus thérapeutique sont prises en considération. Finalement, l'analyse détaillée des différentes composantes de l'AT contribue à offrir un examen approfondi de l'impact de l'utilisation de la VC sur la mise en place de l'AT. Par l'inclusion de l'ensemble de ces éléments, cette étude représente un apport significatif à la littérature portant sur l'AT en contexte de VC.

5.4.2 Limites du programme de recherche

Afin d'interpréter avec justesse les résultats obtenus dans le présent programme de recherche, certaines limites doivent toutefois être mentionnées. Tout d'abord, il pourrait se montrer difficile de généraliser les résultats obtenus dans cette étude à l'ensemble des individus présentant un TAG. En effet, il est possible que les participants ayant accepté de prendre part à l'étude ne soient pas représentatifs de ceux ayant décliné. Ajoutons que l'échantillon recruté fait état d'un taux de comorbidité (49,57 %) inférieur à ce qui est habituellement observé dans la

population souffrant de TAG. De plus, malgré que des procédures aient été mises en place afin d'évaluer la fidélité des évaluations diagnostiques de même que l'intégrité des interventions psychologiques, les résultats à ces mesures d'évaluation de la qualité de l'étude n'avaient pas été compilés par l'équipe de recherche au moment de la rédaction de cette thèse. Ces données seront éventuellement disponibles, et présentées dans des publications concernant d'autres questions de recherche découlant de ce projet de large envergure. À l'heure actuelle, les résultats préliminaires suggèrent des niveaux satisfaisants d'accord inter-juge et d'intégrité thérapeutique.

Une certaine modération doit également accompagner l'interprétation des résultats concernant les trois composantes de l'AT. En effet, en raison d'un plafonnement des scores obtenus aux sous-échelles de l'IAT, seulement les données recueillies aux séances 1 à 9 ont pu être considérées dans les analyses statistiques réalisées. Les séances 10 à 15, soit celles correspondant à l'introduction des stratégies d'exposition écrite ainsi qu'à la clôture de la relation entre le client et le thérapeute, n'ont pu être examinées dans l'évaluation statistique de l'impact de la VC sur les différentes sphères de l'AT. Ces moments de la psychothérapie semblent avoir un impact sur la qualité du lien thérapeutique, selon les résultats obtenus au chapitre II. Il s'avère cependant impossible de préciser quelles facettes de l'AT s'en sont vues affectées. L'analyse visuelle des graphiques permet toutefois de palier en partie à cette limite en apportant un certain éclairage sur les fluctuations des différentes composantes de l'AT en fin de traitement. Quoique des analyses non paramétriques auraient pu être menées sur les données d'AT des séances 11, 13 et 15, celles-ci auraient généré des conclusions difficilement interprétables et sans réponse pertinente aux questions de recherches formulées dans la présente thèse. La tendance au plafonnement des scores aux sous-échelles de l'IAT méritait une attention particulière de la part des chercheurs employant cet outil.

Certaines limites en lien avec l'utilisation du système de VC méritent également une attention particulière. En effet, d'occasionnels problèmes techniques ont été rencontrés durant l'expérimentation, notamment des difficultés à établir la connexion, des interruptions de la communication, ou une dégradation temporaire de la qualité de l'image ou du son. La majorité de ces difficultés étaient toutefois mineures. Pour certains cas exceptionnels, les séances ont dû être reportées ou complétées par téléphone. À ces difficultés ponctuelles s'ajoute un temps de latence continu dans la transmission du son pouvant amener le client et le thérapeute à parler au même moment. Quoique de tels défis techniques ne semblent pas compromettre la satisfaction des usagers de la télépsychothérapie (Richardson et al., 2009), il n'en demeure pas moins que des efforts devraient être fournis afin d'améliorer la qualité de transmission des échanges en VC. Un système de VC performant doit être privilégié afin de favoriser une transmission rapide, continue, et la plus claire possible des informations visuelles et auditives.

5.5 Pistes de recherches futures

5.5.1 Réplication des résultats

Tel que mentionné dans la recension systématique des écrits scientifiques (chapitre II), les données concernant la qualité de l'AT en situation de télépsychothérapie par VC chez une population présentant un TAG se veulent plutôt restreintes. De plus, les études menées à ce jour souffrent d'un nombre considérable de lacunes méthodologiques et conceptuelles. L'étude empirique menée dans le cadre de cette thèse contrebalance une part importante des limites récurrentes identifiées dans la littérature et contribue sans aucun doute à l'avancée des connaissances dans ce champ

d'étude. Néanmoins, davantage d'études doivent être menées afin de permettre une généralisation des résultats. Précisons également que les particularités propres à chaque trouble du spectre anxieux rendent nécessaire la réplication des résultats auprès de chaque groupe pathologique. Un devis expérimental comportant un groupe de comparaison devrait être privilégié. De plus, la présente étude confirme l'importance d'évaluer l'AT auprès du client tout comme de son thérapeute puisqu'un certain écart semble exister quant à leur évaluation de la qualité de la relation en situation de VC. Elle témoigne également de la pertinence de mesurer la qualité de l'AT à de nombreuses occasions au cours du processus thérapeutique. Une attention particulière devrait être accordée aux fluctuations survenant au moment où les stratégies thérapeutiques mises en place sont susceptibles de générer des affects douloureux chez le client, par exemple lors des séances d'exposition ou lorsque des stratégies de confrontation empathique sont employées.

Par ailleurs, malgré qu'une analyse approfondie des différentes composantes de l'AT permette de dresser un portrait plus nuancé de la qualité de la relation thérapeutique en VC, la tendance au plafonnement des sous-échelles de l'IAT s'avère contraignante. Les chercheurs intéressés à employer cet instrument de mesure en raison de ses propriétés psychométriques intéressantes ou de sa grande popularité dans la littérature portant sur l'AT devraient être encouragés à procéder à une analyse d'items afin d'en améliorer la sensibilité. D'autres instruments de mesures pourraient également être envisagés, tel que le *California Psychotherapy Alliance Scales* (CALPAS ; Marmar, Horowitz, Weiss, et Marziali, 1986). Néanmoins, les items composant cet instrument, tout comme la grande majorité des échelles visant une évaluation de la relation thérapeutique, sont fortement influencés par une orientation psychodynamique. Les interventions et le processus thérapeutique caractérisant une TCC se distinguent considérablement de ceux indiqués par l'approche psychodynamique. Ainsi, il importe de considérer que l'emploi de tels instruments

pour l'évaluation de l'AT au cours d'une démarche thérapeutique d'orientation cognitive et comportementale pourrait avoir comme conséquence une sous-évaluation de la qualité de la relation.

Des efforts ont été fournis dans le présent programme de recherche afin de mettre en place une étude empirique possédant une grande validité interne. Par ailleurs, il serait certainement pertinent de développer des études misant sur la validité externe de ses résultats afin de dresser un portrait se rapprochant davantage de la réalité clinique dans laquelle la VC pourrait être appliquée. La formation d'échantillons à partir de clientèles davantage susceptibles à avoir recours à la télépsychothérapie contribuerait certainement à améliorer le pouvoir de généralisation des résultats obtenus. De manière non exhaustive, il est possible de penser aux individus dont l'accès aux ressources spécialisées en santé mentale se veut limité en raison de contraintes géographiques (p. ex., populations rurales ou vivant en banlieue des grandes villes), culturelles (p. ex., communautés autochtones), situationnelles (p. ex., individus incarcérés, militaires, personnes étant contraintes de voyager fréquemment et pour qui des rencontres hebdomadaires dans un lieu fixe ne sont pas envisageables), physiques (p. ex., handicap limitant les déplacements) ou psychologiques (difficultés à s'éloigner de chez soi liées à un trouble psychologique). La validité écologique pourrait également être optimisée en privilégiant des psychothérapies non structurées, se voulant davantage représentatives de la réalité clinique.

Finalement, il serait intéressant d'évaluer si les résultats obtenus dans la présente étude se généralisent à un contexte de VC employant un système de VC mobile. Ce type de VC gagne en popularité auprès des cliniciens soucieux de rejoindre des clientèles dont l'accès à la psychothérapie conventionnelle se montre complexe. Elle représente sans aucun doute une voie d'avenir prometteuse dans le domaine de la télépsychothérapie. Par opposition à la VC fixe, ce type de système offre

comme principal avantage de ne nécessiter aucun déplacement de la part du client tout comme du thérapeute. Son faible coût d'utilisation ainsi le recours à un équipement familier pour ses utilisateurs comptent également parmi les forces de la VC mobile. Toutefois, il importe de préciser qu'elle soulève des enjeux considérables concernant la confidentialité des échanges ainsi la sécurité des clients, plus délicats à gérer qu'il en est le cas pour la VC fixe. De plus, la VC mobile implique moins de mobilisation de la part du client que la VC fixe et peut maintenir, chez certains clients, une problématique d'évitement ou d'isolement social.

5.5.2 Nouvelles pistes de recherche

Les résultats offerts dans la présente thèse ouvrent également la voie à de nouvelles pistes de recherche. En effet, afin de soutenir la compréhension des résultats obtenus, l'étude des facteurs pouvant contribuer à la formation de l'AT malgré les contraintes propres à l'utilisation de la VC s'avère d'un intérêt certain. L'analyse proposée à la section 5.2 ainsi que le modèle théorique qui en découle suggèrent un certain nombre de variables pouvant influencer la capacité du client et du thérapeute à développer une relation thérapeutique en VC. Toutefois, mis à part le sentiment de présence, aucune de ces variables n'a fait l'objet d'études visant à évaluer en détail leur contribution dans l'émergence de l'AT en télépsychothérapie. Une meilleure compréhension des facteurs impliqués dans l'établissement de la relation thérapeutique soutiendrait certainement une implantation plus judicieuse de la VC dans la pratique des professionnels en santé mentale. En effet, certaines conditions pourraient être privilégiées dans l'optique d'encourager au maximum l'émergence de l'alliance entre le client et son thérapeute (p.ex., choix des installations et de l'équipement, adaptations dans les pratiques du thérapeute, etc.).

Dans un même ordre d'idée, la présente thèse souligne l'importance d'améliorer les connaissances concernant les caractéristiques personnelles des clients développant une AT supérieure en situation de psychothérapie par VC. Par exemple, des facteurs générationnels pourraient possiblement influencer le niveau d'aisance ressenti dans des échanges impliquant le recours aux technologies de communication. Il serait également essentiel d'en connaître davantage au sujet des caractéristiques des clients se montrant peu réceptifs à faire l'essai de cette modalité d'intervention novatrice. En ce sens, les études menées dans le domaine de la télépsychothérapie mériteraient d'investiguer davantage les motifs pour lesquels certains participants éligibles tendent à se désister une fois assignés une modalité d'intervention par VC. Des enquêtes populationnelles devraient également être envisagées afin d'obtenir des données auprès d'une population élargie, incluant les individus peu susceptibles de prendre part à un essai clinique offrant une télépsychothérapie.

5.6 Transfert des connaissances

Plusieurs moyens ont été envisagés afin d'assurer une large diffusion des résultats obtenus dans le cadre de cette thèse. Tout d'abord, la publication dans des revues scientifiques des articles présentés aux chapitres II et III permettra de transmettre les résultats aux chercheurs ainsi qu'aux cliniciens en santé mentale dans divers pays. Le premier article a déjà été publié dans une revue québécoise en 2016, alors que le second est actuellement en processus de révision auprès d'une revue américaine de renommée internationale. De plus, nous projetons partager nos résultats sous forme de présentations par affiche et de communications orales à l'occasion de congrès scientifiques et cliniques. Cette modalité de dissémination des résultats représente une occasion incontournable de discuter directement avec les chercheurs et les cliniciens et de répondre à leurs interrogations concernant la qualité de l'AT en VC.

Considérant le fait que la présente thèse offre des résultats rassurants aux cliniciens préoccupés par la qualité de l'AT pouvant se développer en télépsychothérapie, il importe que les professionnels en santé mentale en soient informés. Des présentations mériteraient d'être organisées dans les hôpitaux, les instituts de santé mentale, les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), ainsi que les cliniques privées en psychologie. Ceci pourrait contribuer à l'ouverture ces cliniciens à intégrer la VC à leur pratique clinique. Finalement, il importe que les instances gouvernementales responsables de l'offre de soins en santé mentale soient mises au courant des résultats obtenus. Des communiqués médiatiques pourraient permettre de répondre à ce besoin, tout en sensibilisant la population à la pertinence de la télépsychothérapie par VC comme solution afin de réduire les problèmes d'accès en santé mentale.

5.7 Conclusion générale

Cette thèse représente un effort important dans l'approfondissement des connaissances concernant la qualité de l'AT dans le traitement par télépsychothérapie du TAG. Les résultats obtenus démontrent que la qualité de l'AT ne semble pas compromise par l'utilisation de la VC en psychothérapie. Au contraire, chez les clients acceptant d'en faire l'expérience, la VC pourrait même favoriser l'émergence d'une AT supérieure à celle s'établissant en contexte conventionnel. Par ailleurs, l'importance d'explorer davantage les différents facteurs pouvant contribuer au développement d'une AT de qualité en télépsychothérapie se fait ressentir. Une compréhension plus étendue de ces variables représenterait un atout certain à une utilisation judicieuse et optimale de la télépsychothérapie. Les résultats obtenus dans cette thèse appuient la légitimité de la télépsychothérapie comme alternative valable lorsque l'accès à la psychothérapie conventionnelle se veut limité. Il importe

néanmoins de préciser que malgré les nombreux avantages qu'on lui confère, la télépsychothérapie par VC ne vise certes pas une substitution de la psychothérapie en face à face. Il s'agit plutôt d'une solution appropriée visant à pallier aux problèmes d'accès aux ressources en santé mentale. L'utilisation de la télépsychothérapie est donc susceptible de favoriser une distribution plus équitable des services essentiels en santé mentale. Il importe alors de mettre en place des mesures visant à encourager les cliniciens à intégrer cette modalité d'offre de services à leur pratique. Il semble que de leur offrir l'occasion d'expérimenter la télépsychothérapie, par exemple dans le cadre d'ateliers pratiques, puisse représenter une piste prometteuse à cet effet. Par ailleurs, les instances gouvernementales gagneraient certainement à évaluer la pertinence d'intégrer la télépsychothérapie par VC dans le modèle actuel d'offre de soins en santé mentale.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TAG

Critères diagnostiques du TAG selon le DSM 5

- A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires).
- B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.
- C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois) :
 - N.B. :** Un seul item est requis chez l'enfant
 - 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
 - 2. Fatigabilité.
 - 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire.
 - 4. Irritabilité.
 - 5. Tension musculaire.
 - 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).
- D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).
- F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex. anxiété ou souci d'avoir une autre attaque de panique dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble de stress post-traumatique, prise de poids dans

l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant).

APPENDICE B

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DE L'ÉDITEUR DE LA REVUE
PSYCHOTHERAPY



Stéphanie Watts <stephaniegwatts@gmail.com>

Submission Confirmation for Telepsychotherapy by Videoconference for Generalized Anxiety Disorder: Impact on the Therapeutic Alliance - [EMID:6fe308d1b638d2f3]1 | 1/1

Psychotherapy <em@editorialmanager.com>
Répondre à : Psychotherapy <psychotherapyapa@gmail.com>
À : Stéphanie Watts <stephaniegwatts@gmail.com>

26 janvier 2017 à 11:51

Dear Miss Watts,

Your submission "Telepsychotherapy by Videoconference for Generalized Anxiety Disorder: Impact on the Therapeutic Alliance" has been received by Psychotherapy.

You will be able to check on the progress of your submission by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://pst.edmgr.com/>.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Please note that you may also confirm or Authenticate your ORCID iD by clicking here Your ORCID iD: 0000-0001-7854-222X is already linked and Authenticated..

Best regards,
Editorial Office
Psychotherapy

APA asks that you please take a moment to give us your feedback on the submission process, by completing a short survey, available at <http://goo.gl/forms/vKXxocF4Jk>.

APPENDICE C

APPROBATION ÉTHIQUE POUR LE PROJET DE RECHERCHE

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM, a examiné le protocole de recherche suivant et jugé conforme aux pratiques habituelles et répond aux normes établies par le Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (juin 2012).

Protocole de recherche – Projet multisites

Co-chercheur responsable UQAM : André Marchand

Unité de rattachement : Département de psychologie

Responsable: Stéphane Bouchard (UQO)

Stagiaire postdoctoral(e) : s/o

Étudiant(s) réalisant leurs projets de mémoire ou de thèse (incluant les thèses de spécialisation) dans le cadre du présent protocole de recherche : Stéphanie Watts (doctorat en psychologie)

Titre du protocole de recherche : *L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)*

Organisme de financement : IRSC (2013-2017)

Modalités d'application

Le présent certificat est valide pour le projet tel que soumis au CIEREH. Les modifications importantes pouvant être apportées au protocole de recherche en cours de réalisation doivent être communiquées au comité¹.

Tout évènement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité ou l'éthicité de la recherche doit être communiqué au comité.

Toute suspension ou cessation du protocole (temporaire ou définitive) doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat d'éthique est valide jusqu'au **24 octobre 2014**. Selon les normes de l'Université en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique. Le rapport d'avancement de projet (renouvellement annuel ou fin de projet) est requis pour le : **24 septembre 2014** : <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/humains/comites-reunions-formulaires-eth-humains/cier-comite-institutionnel-dethique-de-la-recherche-avec-des-etres-humains.html>



.....
 Gilles Dupuis
 Professeur
 Président

24 octobre 2013

.....
 Date d'émission initiale du certificat

¹ Modifications apportées aux objectifs du projet et à ses étapes de réalisation, au choix des groupes de participants et à la façon de les recruter et aux formulaires de consentement. Les modifications incluent les risques de préjudices non-prévus pour les participants, les précautions mises en place pour les minimiser, les changements au niveau de la protection accordée aux participants en termes d'anonymat et de confidentialité ainsi que les changements au niveau de l'équipe (ajout ou retrait de membres).

APPENDICE D

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)



**Formulaire de consentement
pour l'évaluation psychologique (Phase 1) du projet intitulé:**

**L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par
vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)
Stéphane Bouchard, Ph.D. – Département de psychoéducation et de
psychologie – Directeur de recherche**

Chercheurs principaux (par ordre alphabétique):

Geneviève Belleville Ph.D., Psychologie Laboratoire d'Étude de l'Anxiété, École de Psychologie Université Laval	Tél. : (418) 656-2131 poste 4226
Stéphane Bouchard, Ph.D. Psychologie Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO Université du Québec en Outaouais	Tél. : (819) 595-3900 poste 2360
Michel Dugas, Ph.D., psychologie Laboratoire de Cyberpsychologie Université du Québec en Outaouais	Tél. : (819) 595-3900 poste 2536
Patrick Gosselin Ph.D., Psychologie Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales Département de psychologie Université de Sherbrooke	Tél. : (819) 821-8000 poste 63811
Frédéric Langlois Ph.D., Psychologie Clinique des troubles anxieux Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières	Tél. : (819)-376-5011 poste 3557
André Marchand Ph.D., Psychologie Centre de recherche Fernand-Seguin Hôpital Louis-H. Lafontaine	Tél. : (514) 251-4015 poste 3147

Commanditaire du projet de recherche:

La présente étude est réalisée grâce à une subvention octroyée par les Instituts de Recherche en santé au Canada (IRSC).

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Introduction

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui vise à documenter le traitement du trouble d'anxiété généralisée (TAG) en vidéoconférence et en face à face. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et inconvénients. Il décrit également les procédures alternatives qui vous sont disponibles et précise votre droit de mettre fin à votre participation en tout temps. Finalement, il présente les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent document peut contenir des mots ou expressions que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à communiquer avec le responsable du projet de recherche ou son représentant pour obtenir des explications supplémentaires ou pour toute autre information que vous jugerez utile.

Le but de l'évaluation (Phase 1)

Le but de cette rencontre consiste à évaluer de façon préliminaire la nature et la sévérité de vos symptômes anxieux. L'évaluation psychologique comporte une entrevue diagnostique et l'administration de quelques questionnaires. L'objectif de cette évaluation vise à déterminer si vous répondez aux critères de sélection pour participer à une étude de traitement de l'anxiété généralisée. Si vous répondez aux critères de sélection, vous serez assigné aléatoirement à une thérapie cognitive-comportementale administrée en face à face ou en vidéoconférence (plus de détails suivront dans un autre formulaire).

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Phase I : Évaluation

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous assisterez d'abord à une rencontre d'évaluation réalisée par un(e) assistant(e) de recherche lors de votre visite au Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO. À votre arrivée, nous vous demanderons de remplir des questionnaires qui concernent principalement votre problème d'inquiétude excessive. Ensuite, l'assistant(e) vous posera des questions sur vos difficultés, les facteurs de maintien de vos problèmes, l'anxiété, les inquiétudes excessives, et sur d'autres symptômes que vous pourriez ressentir. L'ensemble de cette rencontre durera entre 90 et 120 minutes (selon la sévérité des symptômes), entrecoupées d'une pause si nécessaire. L'évaluation dans son ensemble est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous êtes éligible à participer à cette étude et permet de mieux connaître les variables responsables de vos difficultés. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre une écoute ultérieure afin de confirmer cette évaluation. Cet enregistrement sera conservé pendant la durée du projet pour des mesures statistiques seulement. Si vous choisissez de ne pas participer, nous pourrions vous référer, si vous le désirez, à des ressources pertinentes.

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Suite à cette évaluation, l'assistant(e) de recherche vous avisera si vous êtes éligible à participer. Dans l'éventualité où vous seriez éligible à bénéficier du traitement, l'assistant(e) vous indiquera la marche à suivre pour que nous puissions commencer l'observation de l'évolution de vos symptômes ainsi que la thérapie. Nous vous demanderons de remplir des questionnaires sur place qui concernent principalement votre problème d'inquiétudes excessives (environ 30 minutes). Nous vous remettrons également une série de questionnaires à compléter à votre domicile (environ 60 minutes). Vous aurez également à signer un autre formulaire de consentement concernant le traitement. Si vous n'êtes pas éligible à participer ou si vous choisissez de ne pas prendre part à l'étude, nous vous offrirons une liste de ressources disponibles dans votre région et ce, dans la mesure du possible.

Phase II - Traitement

Suite à la présente rencontre d'évaluation et si vous répondez aux critères de la recherche, nous vous offrons l'opportunité de recevoir une thérapie cognitive-comportementale pour le trouble d'anxiété généralisée soit en personne ou en vidéoconférence. Le choix de la condition sera assigné au hasard. Le traitement psychologique se résume à l'application de stratégies d'intervention psychologiques spécifiques pour vos difficultés, et ce, pendant quinze séances, à raison d'une heure par semaine.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

En participant à cette étude, vous bénéficierez d'une évaluation détaillée de votre état. Évidemment, si vous répondez aux critères de sélection pour l'étude de traitement, vous recevrez une psychothérapie pour le traitement de l'anxiété. Parallèlement, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances en participant à cette étude.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation au projet de recherche

Outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions des symptômes habituellement observés avec de l'inquiétude et de l'anxiété. Aussi, L'évaluation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant.

Toutefois, le niveau d'anxiété ou d'inquiétude serait comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. La majorité des participant(e)s affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous sentiez supporté lors des rencontres. Soyez assuré que le thérapeute saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes.

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, vous bénéficierez d'un traitement psychologique gratuit.

Droits du sujet de recherche

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs, le commanditaire ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leur responsabilité civile et professionnelle.

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies au cours de la recherche. Un code alphanumérique sera toujours employé en remplacement de votre nom (votre nom figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible, et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires et l'entrevue semi-structurée seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Les questionnaires et entrevues seront conservés pour une période de sept ans avant d'être détruits.

Retrait de la participation au projet de recherche

Vous êtes tout à fait libre de participer à cette recherche et vous pouvez vous en désister à tout moment, et ce, sans aucun préjudice. En cas de retrait de la participation, les données recueillies ainsi que les enregistrements seront utilisés pour des fins d'analyses et seront conservés pendant une période de 7 ans et détruits à la fin de ce délai.

En cas de retrait de la participation :

- J'accepte que les données et enregistrement recueillies utilisés pour des fins d'analyses.
- Je refuse que les données et enregistrement recueillies utilisés pour des fins d'analyses.

Résultats de la recherche et publication

Il est possible que les informations recueillies à l'aide des questionnaires et entrevues fassent l'objet de communications scientifiques. Dans de tels cas, les publications porteront uniquement sur des résultats généraux garantissant leur anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Études ultérieures

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans le même domaine pour lequel vous êtes aujourd'hui invités à participer. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche. Si vous refusez, vos données seront détruites à la fin du présent projet. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de 15 ans après la fin du présent projet et ensuite détruites.

- J'accepte une utilisation secondaire des données que je vais fournir.
- Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

Demande d'autorisation d'enregistrement audio

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements audio seront effectués pour permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti à ma satisfaction, à la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués, mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits.

- j'accepte la demande d'autorisation d'enregistrement audio
- je refuse la demande d'enregistrement audio

Consentement à l'assignation aléatoire

On m'a expliqué que cette étude implique une thérapie pour le TAG qui est offerte soit en face à face ou par vidéoconférence. Je comprends et j'accepte que le choix de la condition de traitement (face-à-face ou vidéoconférence) s'effectue selon une assignation aléatoire et que je ne pourrai pas choisir entre les deux conditions. Cette assignation sera effectuée suite à mon évaluation psychologique d'aujourd'hui si je corresponds aux critères d'inclusion de la recherche. Je comprends que si je refuse, je ne pourrai pas participer au projet donc l'assistant de recherche m'offrira une liste des ressources disponibles dans ma région.

- j'accepte l'assignation aléatoire de la condition de traitement
- je refuse l'assignation aléatoire de la condition de traitement

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec le chercheur Stéphane Bouchard au (819) 595-3900, poste 2360 ou par courriel : stephane.bouchard@uqo.ca.

En cas de plainte

Pour toute question sur vos droits de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais au (819) 595-3900, poste 1781.

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout son déroulement. Pour toute information, vous pouvez joindre André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais au (819) 595-3900, poste 1781 ou bien par courriel (andre.durivage@uqo.ca).

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant :

Par la présente, je certifie que le participant pressenti à ce projet de recherche a été informé de la nature du projet de recherche, des exigences, des avantages et inconvénients, des risques relatifs à ce projet de recherche, ainsi que des autres traitements possibles dans son cas. Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semblent l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participant à ce projet de recherche.

« Je, soussigné, certifie :

- a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. »

Nom du chercheur ou de son représentant
(lettres moulées)

Signature du chercheur ou de son
représentant

Fait à _____,

le _____

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Consentement du participant

En signant ce *Formulaire de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche et le commanditaire de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je déclare avoir lu et pris connaissance du projet de recherche, de la nature et de l'ampleur de ma participation, ainsi que des risques auxquels je m'expose tels qu'exprimés dans le présent formulaire de consentement dont j'ai reçu une copie.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche.

Nom du participant

Signature du participant

Fait à _____,

le _____

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)



**Formulaire de consentement
pour le traitement psychologique (Phase 2) du projet intitulé:**

**L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par
vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)
Stéphane Bouchard, PhD – Département de psychoéducation et de
psychologie – Directeur de recherche
en collaboration avec :**

Chercheurs principaux (par ordre alphabétique):

Geneviève Belleville Ph.D., Psychologie Laboratoire d'Étude de l'Anxiété, École de Psychologie Université Laval	Tél. : (418) 656-2131 poste 4226
Stéphane Bouchard, Ph.D. Psychologie Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO Université du Québec en Outaouais	Tél. : (819) 595-3900 poste 2360
Michel Dugas, Ph.D., psychologie Laboratoire de Cyberpsychologie Université du Québec en Outaouais	Tél. : (819) 595-3900 poste 2536
Patrick Gosselin Ph.D., Psychologie Laboratoire d'études sur l'Inquiétude et l'anxiété (LEIA) Département de psychologie Université de Sherbrooke	Tél. : (819) 821-8000 poste 63811
Frédéric Langlois Ph.D., Psychologie Clinique des troubles anxieux Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières	Tél. : (819)-376-5011 poste 3557
André Marchand Ph.D., Psychologie Centre de recherche Fernand-Seguin Hôpital Louis-H. Lafontaine	Tél. : (514) 251-4015 poste 3147

Commanditaire du projet de recherche:

La présente étude est réalisée grâce à une subvention octroyée par les Instituts de Recherche en santé au Canada (IRSC).

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Introduction

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche qui vise à documenter le traitement du trouble d'anxiété généralisée (TAG) en vidéoconférence et en face à face. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et inconvénients, les risques et les précautions qui seront prises pour les éviter. Il décrit également les procédures alternatives qui vous sont disponibles et précise votre droit de mettre fin à votre participation en tout temps. Finalement, il présente les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent document peut contenir des mots ou des problématiques que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à communiquer avec le responsable du projet de recherche ou son représentant pour obtenir des explications supplémentaires ou pour toute autre information que vous jugerez utile.

L'objectif de la recherche

L'objectif de cette recherche consiste à évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique conventionnel d'approche cognitive-comportementale pour le trouble de l'anxiété généralisée (TAG) administré par vidéoconférence. Ce type de traitement de choix intègre diverses stratégies d'intervention comme :

- (1) Transmettre de l'information pertinente aux participants concernant le TAG, expliquer les facteurs étiologiques, présenter les modèles explicatifs du TAG;
- (2) Aider les participants à remettre en question certaines croyances quant à l'utilité de s'inquiéter;
- (3) Enseigner aux participants à identifier des types d'inquiétudes et à appliquer les stratégies de gestion correspondantes (résolution de problèmes, exposition en imagination) afin de diminuer l'anxiété et les inquiétudes excessives;
- (4) Favoriser la prévention de la rechute et le maintien des acquis en aidant les participants à identifier les facteurs de risque afin de faire face aux moments plus difficiles pouvant survenir dans le futur.

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitive-comportementale pour le traitement du TAG qui sera offerte par un(e) psychologue spécialement formé(e) à cette approche. Cette thérapie aura lieu au Laboratoire de Cyberpsychologie de l'UQO et sera d'une durée de 15 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure approximativement. La thérapie s'effectuera soit en face à face ou en vidéoconférence, dépendamment de la condition qui vous a

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

été assignée aléatoirement. Si vous avez été affecté à la thérapie par vidéoconférence, un(e) intervenant(e) vous sera assigné(e) à la clinique en cas de besoin.

Au cours de la thérapie, nous vous demanderons de noter certaines observations et d'effectuer des exercices pratiques durant les rencontres, puis seul(e) entre les rencontres. Les participant(e)s seront amenés à prendre en charge graduellement leur intervention avec le soutien de leur thérapeute. Les participants ne devront prendre aucune nouvelle médication pour les symptômes d'anxiété liés aux inquiétudes (anxiolytiques ou antidépresseurs) pendant la durée du traitement, faute de quoi ils seront exclus de l'étude. Pour ceux qui ont déjà une médication, elle devra être maintenue stable durant toute la durée du traitement dans la mesure du possible. Veuillez noter que les séances de thérapie seront enregistrées à l'aide d'une caméra vidéo. Le but de cette procédure est de s'assurer que les thérapeutes respectent le protocole et ceux-ci s'engagent à respecter les critères de confidentialité indiqués dans le présent formulaire.

Suite à la fin du traitement, vous aurez une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer vos progrès après le traitement ainsi qu'à 6 et 12 mois suivant la fin de votre traitement. Ces rencontres d'évaluation auront lieu à la clinique et exigent donc un déplacement de votre part. Lors de l'évaluation après le traitement, nous vous demanderons de remplir une série de questionnaires. Ces questionnaires vous prendront environ 40 minutes à compléter. Pour les rencontres de suivi à 6 et 12 mois après le traitement, les mêmes questionnaires vous seront envoyés par la poste deux semaines précédant votre rendez-vous. Vous devrez les remplir et nous les retourner lors de votre rencontre de suivi.

En résumé, votre collaboration à cette étude exige tout d'abord de répondre à une entrevue clinique et à certains questionnaires avant et après le traitement, de suivre 15 sessions de psychothérapie individuelle pour traiter votre trouble anxieux, et d'accomplir des tâches et des exercices à la maison. Par la suite, nous vous contacterons de nouveau à la fin du traitement, puis à 6 et 12 mois plus tard afin d'observer le maintien des gains thérapeutiques à long terme et réévaluer votre état psychologique.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

L'avantage principal que vous retirez en participant à ce projet de recherche est que vous bénéficierez gratuitement d'un traitement à la fine pointe des découvertes les plus récentes. Par ailleurs, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant de TAG, en plus de nous permettre d'évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique du TAG et de son impact offert par le personnel qualifié des centres impliqués dans le projet, et ce, afin d'améliorer les services offerts aux patients.

Inconvénients et risques pouvant découler de la participation au projet de recherche

Outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions des symptômes habituellement observés avec de l'inquiétude et de l'anxiété. Aussi, votre thérapie pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant.

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Toutefois, le niveau d'anxiété ou d'inquiétude serait comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. La majorité des participant(e)s affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté lors des rencontres. Soyez assuré que le thérapeute saura entretenir un climat d'acceptation et de respect. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes.

Compensation financière

Aucune compensation financière n'est prévue dans le cadre de cette étude. Cependant, vous bénéficierez d'un traitement psychologique gratuit.

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité et à l'anonymat des données recueillies au cours de la recherche. Un code alphanumérique sera toujours employé en remplacement de votre nom (votre nom et adresse figurera seulement sur ce formulaire de consentement) rendant ainsi toute identification impossible, et ce, même pour le personnel de recherche. Les questionnaires, entrevue semi-structurée et les enregistrements des sessions de psychothérapie seront codés et gardés dans un classeur sous clé en possession du responsable de la recherche. Toutes les données, y compris les enregistrements audio vous concernant, seront conservées pendant 7 ans et détruites à la fin de ce délai. En cas de présentation des résultats de cette recherche ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

Retrait de la participation au projet de recherche

Vous êtes tout à fait libre de participer à cette recherche et vous pouvez vous en désister à tout moment, et ce, sans aucun préjudice. Par ailleurs, les responsables de la recherche peuvent interrompre, sans votre consentement, votre participation à cette étude, pour les raisons suivantes: a) ils estiment que votre état physique ou psychologique nécessite un autre suivi plus approprié ; b) vous refusez de suivre les consignes de l'étude. En cas de retrait de la participation, les données recueillies ainsi que les enregistrements seront utilisés pour des fins d'analyses et seront conservés pendant une période de 7 ans et détruits à la fin de ce délai.

En cas de retrait de la participation :

- J'accepte que les données et enregistrement recueillies utilisés pour des fins d'analyses.
- Je refuse que les données et enregistrement recueillies utilisés pour des fins d'analyses.

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Résultats de la recherche et publication

Il est possible que les informations recueillies à l'aide des questionnaires et entrevues fassent l'objet de communications scientifiques. Dans de tels cas, les publications porteront uniquement sur des résultats généraux garantissant leur anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Études ultérieures

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans le même domaine pour lequel vous êtes aujourd'hui invités à participer. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer à la présente recherche. Si vous refusez, vos données seront détruites à la fin du présent projet. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de 15 ans après la fin du présent projet et ensuite détruites.

- J'accepte une utilisation secondaire des données que je vais fournir.
- Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

Demande d'autorisation d'enregistrement vidéo

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements vidéo seront effectués pour permettre une analyse subséquente par un ou plusieurs chercheurs. On m'a expliqué les raisons de ces enregistrements. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. On a garanti à ma satisfaction, à la confidentialité de ces enregistrements et on m'a informé de la durée de garde de ces enregistrements. Après réflexions, j'accepte que ces enregistrements soient effectués, mais je conserve le droit de demander en tout temps que ces enregistrements soient détruits. Toutefois, si je refuse, je serai exclu de la recherche et on m'offrira une liste des ressources disponibles dans la communauté.

- j'accepte la demande d'autorisation d'enregistrement vidéo
- je refuse la demande d'enregistrement vidéo

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec le chercheur Stéphane Bouchard au (819) 595-3900, poste 2360 ou par courriel : stephane.bouchard@uqo.ca.

En cas de plainte

Pour toute question sur vos droits de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais au (819) 595-3900, poste 1781.

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout son déroulement. Pour toute information, vous pouvez joindre André Durivage, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais au (819) 595-3900, poste 1781 ou bien par courriel (andre.durivage@uqo.ca).

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant:

Par la présente, je certifie que le participant pressenti à ce projet de recherche a été informé de la nature du projet de recherche, des exigences, des avantages et inconvénients, des risques relatifs à ce projet de recherche, ainsi que des autres traitements possibles dans son cas. Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semblent l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participant à ce projet de recherche.

« Je, soussigné, certifie :

- a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. »

Nom du chercheur ou de son représentant
(lettres moulées)

Signature du chercheur ou de son
représentant

Fait à _____,

le _____

L'efficacité d'une intervention psychologique administrée par vidéoconférence pour traiter le trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Consentement du participant

En signant ce *Formulaire de consentement*, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère le chercheur responsable du projet de recherche et le commanditaire de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je déclare avoir lu et pris connaissance du projet de recherche, de la nature et de l'ampleur de ma participation, ainsi que des risques auxquels je m'expose tels qu'exprimés dans le présent formulaire de consentement dont j'ai reçu copie.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche.

Nom du participant

Signature du participant

Fait à _____,

le _____

Adresse complète du participant :

Adresse : _____
no Rue Ville Province Code postal

Téléphone : _____
Téléphone maison Téléphone Bureau Cellulaire ou autre (spécifiez)

Peut-on laisser un message vous demandant de nous rappeler en cas de besoin?
(Rappel du participant, annulation, etc.)

- Oui
 Non

Notes : _____

APPENDICE E

MANUELS DE TRAITEMENT



TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Manuel du Client

Version originale :

Michel J. Dugas, Éliane Léger, Mark H. Freeston et Robert Ladouceur (2000)

Dernière révision

Michel J. Dugas et Stéphane Bouchard (2013)

Correspondance : Michel J. Dugas, Ph.D., Professeur de psychologie, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, 283 boulevard Alexandre-Taché, bureau C-2807, Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau, Qc, J8X 3X7; Tél : +1 819 595 3900 x2509; Courriel : michel.dugas@uqo.ca

MODULE 1

Symptômes du trouble d'anxiété généralisée et principes de la thérapie cognitivo-comportementale

Buts du module 1

1. Reconnaître les symptômes du TAG (modèle) et définir l'inquiétude
 2. Discuter des principes et modalités de la TCC
-

Les symptômes du trouble d'anxiété généralisée

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) fait partie d'une catégorie diagnostique appelée « troubles anxieux » qui regroupe les différents problèmes d'anxiété sévère. Le TAG est un des troubles les plus répandus puisqu'on l'observe chez environ 3% de la population générale. Il se manifeste par les symptômes suivants :

- de l'inquiétude et de l'anxiété excessive à propos de situations ou activités la plupart du temps, depuis au moins 6 mois;
- de la difficulté à contrôler cette inquiétude;
- la présence d'au moins trois des six symptômes suivants :
 1. agitation ou sensation d'être survolté
 2. fatigabilité
 3. difficulté de concentration ou trous de mémoire
 4. irritabilité
 5. tension musculaire/courbature
 6. difficultés de sommeil

Un modèle du TAG qui reflète tant les symptômes de ce trouble que les facteurs qui contribuent à son développement et à son maintien a été développé par notre équipe de recherche (voir Modèle 1 présenté en fin de section). Ce modèle représente notre compréhension des mécanismes qui maintiennent le problème en place ou en d'autres mots, des différents « moteurs » de l'inquiétude excessive et de l'anxiété résultante. Dans un premier temps, nous nous attarderons à l'axe central du modèle et qui représente les symptômes du TAG. Il comprend la situation, les « Si... ? », l'inquiétude, l'anxiété, la démoralisation et l'épuisement. Au fur et à mesure que la thérapie progressera, on ajoutera des éléments autour de cet axe pour en arriver au modèle complet du TAG. Les éléments qui s'ajouteront graduellement sont les facteurs que nos travaux de recherche ont identifiés comme contribuant significativement à la tendance à s'inquiéter de façon excessive. Conséquemment le traitement ciblera ces différents facteurs.

Le premier modèle du TAG (l'axe central) représente les éléments énumérés précédemment. On y voit d'abord que c'est la situation qui est le déclencheur de l'inquiétude excessive; il s'agit donc ici de n'importe quel événement ou même souvenir d'évènement qui

entraîne une question « Si...? ». Par exemple, un malaise physique chez soi ou un proche, la température, ou une rencontre. Par la suite, le modèle illustre les questions « Si... ? », qui sont les questions que l'on se pose et qui commencent par « Si... » ou l'équivalent, comme par exemple : « *il se peut que...* » « *tout à coup que...* ». La présence de ces questions n'est pas problématique en soi, mais elles sont la porte d'entrée aux inquiétudes excessives. Les inquiétudes, quant à elles, sont les pensées enclenchées par les questions « Si...? ». Ce sont habituellement plusieurs idées qui s'enchaînent, comme par exemple : « *Si mon contrat n'est pas renouvelé l'an prochain, je ne sais pas comment je ferai pour payer toutes les choses que j'ai à payer, je n'aurai plus aucun surplus, je vais être pris à la gorge, je ne pourrai peut-être pas garder ma voiture, etc.* ». L'anxiété est le malaise que l'individu ressent en même temps qu'il s'inquiète; elle peut avoir des manifestations physiques (par exemple tensions musculaires, fatigue, insomnie) et psychologiques (se sentir irritable, nerveux, avoir des difficultés de concentration). Finalement, la démoralisation et l'épuisement sont des états qui peuvent survenir fréquemment suite aux inquiétudes et à l'anxiété persistantes. Ce sont des conséquences à moyen terme de l'enchaînement « situation - question 'Si...?' - inquiétudes - anxiété ». En effet, les gens souffrant du TAG ressentent périodiquement un sentiment de démoralisation à cause des fréquentes pensées négatives que sont les inquiétudes, et un épuisement dû à l'anxiété vécue à répétition.

Selon ce modèle, la situation et les questions « Si...? » ne constituent pas des cibles de traitement. En effet, comme il vient d'être mentionné, la situation n'est que le déclencheur et les questions « Si...? » la porte d'entrée qui mène aux inquiétudes excessives. Le fait de vivre des situations pouvant déclencher des inquiétudes n'est pas unique aux personnes souffrant du TAG. De même, le fait de se poser des questions débutant par une supposition est un phénomène courant et non pathologique en soi. Cependant, la façon dont l'individu « répond » à ces questions conduira ou non aux inquiétudes, à l'anxiété, à la démoralisation et à l'épuisement.

Définition de l'inquiétude

Comme l'inquiétude est l'élément central du TAG, il importe de bien la définir. L'inquiétude est un ensemble de pensées qui s'enchaînent, au sujet d'événements négatifs futurs, et qui est accompagné d'anxiété. Trois éléments sont particulièrement importants dans cette définition :

1. « L'inquiétude est un ensemble de pensées... » : Les pensées sont des phénomènes cognitifs. L'inquiétude se passe donc « entre les deux oreilles ».
2. « ...au sujet d'événements négatifs futurs... » : Les inquiétudes concernent toujours ce qui va se passer dans l'avenir (proche ou lointain) à propos d'une situation quelconque. Il peut arriver que les inquiétudes soient associées à une situation passée, mais ce sont les implications futures de cet événement qui préoccupent de façon excessive l'individu! De plus, lorsqu'ils s'inquiètent, les gens anticipent des conséquences négatives, et non pas des choses positives ou neutres.
3. « ... qui est accompagné d'anxiété » : Le phénomène cognitif de l'inquiétude en est un d'anticipation négative. Il est donc toujours accompagné d'un certain malaise physique et psychologique qu'on appelle anxiété. L'intensité de cette anxiété peut varier fortement.

Il existe aussi une différence importante entre la planification et l'inquiétude : Alors que la planification envisage les implications positives et négatives d'une situation, l'inquiétude ne sera centrée que sur ses aspects négatifs de la situation.

Principes de la thérapie cognitivo-comportementale

Cette thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été développée par notre équipe de recherche. Il s'agit d'un traitement qui est spécifique au TAG en ce sens qu'il cible les différents processus impliqués dans la tendance à s'en faire de façon excessive. Cette TCC est basée sur un modèle des troubles émotionnels qui met en relation les comportements, les pensées et les émotions des individus. Quand une personne commence une thérapie, elle ne comprend pas nécessairement très bien d'où vient son anxiété. La TCC vise à fournir une nouvelle compréhension du problème vécu. Cette thérapie fonctionne selon un processus de découvertes graduelles, c'est-à-dire que la personne formule des hypothèses et évalue la véracité de ces hypothèses à l'aide des informations obtenues par les expériences vécues en cours de thérapie. Dans la même veine, le client est invité à développer des nouvelles habiletés telles que générer des idées (explications alternatives au problème vécu), tester des solutions et évaluer les résultats. Pour favoriser le développement de ces nouvelles habiletés chez le client, la TCC s'appuie sur une collaboration active entre celui-ci et le thérapeute. Ils sont vus tous les deux comme des experts; le client connaît bien ses difficultés et les différentes manifestations qu'elles peuvent avoir dans sa vie, tandis que le thérapeute fournit une façon de comprendre ces difficultés et des suggestions pour les solutionner.

La TCC se veut aussi brève et structurée. Elle s'échelonne donc sur une période de 15 semaines à raison d'une rencontre de 50 à 60 minutes par semaine. Une thérapie plus longue pour traiter l'anxiété n'est pas nécessaire et habituellement peu souhaitable. Une thérapie courte et délimitée dans le temps favorise l'autonomie (diminue les risques de dépendance) et la prise en charge du client par lui-même par rapport au thérapeute. La structure présente tout au long de la thérapie permet de rassurer le client (il sait où il s'en va) tout en favorisant l'apprentissage. Une autre caractéristique de la TCC est qu'elle est centrée sur le présent en ce sens que le thérapeute et le client s'attardent à travailler sur ce qui est « hot » en ce moment parce que c'est ce qui est le plus efficace et le plus productif (apprendre de l'expérience présente est beaucoup plus utile pour améliorer le futur que de parler du futur). Finalement, en conséquence du fait que l'unique rencontre hebdomadaire est insuffisante pour changer des problèmes d'anxiété qui durent souvent depuis plusieurs années, la TCC voit comme partie intégrante du traitement les exercices faits entre les rencontres. La nécessité de ces exercices est incontestable! Ces pratiques et expérimentations fréquentes (pour ne pas dire quotidiennes!) découlent des buts d'obtenir des gains aussi rapides et durables que possible (plus on pratique un nouveau comportement, plus on devient habile) et de développer l'autonomie du client (en prenant conscience qu'il est capable de faire telle chose sans la présence du thérapeute).

L'évitement : Une notion importante pour tous les troubles anxieux

Un des facteurs d'entretien de tous les troubles anxieux (incluant le TAG) est l'évitement. En effet, l'anxiété produit des sensations désagréables que l'on peut vouloir faire disparaître le plus vite possible. Une façon de faire consiste à éviter ou à fuir la situation dans laquelle nous

sommes ou à laquelle nous pensons. Par exemple, une personne qui se sent mal dans un centre commercial pourra être portée à quitter subitement cet endroit (elle fuit). Par la suite, elle pourra éviter d'y retourner pour ne pas ressentir la même sensation de nouveau. C'est l'évitement comportemental. Le problème, c'est qu'en évitant de retourner dans le centre commercial, elle n'aura pas la chance de constater qu'elle est capable d'y aller et qu'il n'arrive pas réellement de catastrophe quand elle y va. Il peut aussi y avoir de l'évitement cognitif ou de la neutralisation. Ces deux termes font référence à toutes les façons utilisées pour éviter de penser à ce qui nous rend anxieux. Par exemple, on peut essayer de penser à autre chose, essayer de se distraire en faisant une activité, etc. Malheureusement, lorsque l'on ne veut pas penser à quelque chose, c'est souvent cette idée qui nous revient le plus en tête! Les gens qui souffrent de TAG ont tendance à éviter l'incertitude, notamment en essayant de se rassurer et en s'inquiétant.

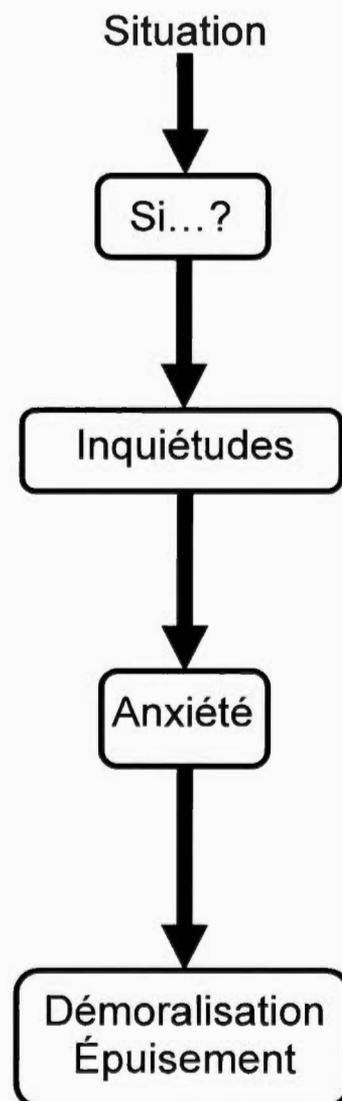
Peu importe les stratégies que vous adoptez pour faire diminuer l'anxiété (fuite, évitement comportemental, évitement cognitif ou neutralisation, tenter de se rassurer, etc.), celles-ci vous empêchent d'apprendre que les catastrophes anticipées ne se produisent pas, que vous êtes capable de faire face aux situations difficiles et que, de toute façon, l'anxiété finit toujours par diminuer toute seule après un certain temps. Toutes ces notions seront abordées de façon détaillée au cours de la thérapie.

Structure des rencontres

1. Retour sur la dernière rencontre et sur les exercices faits pendant la semaine, et discussion des résultats obtenus, conclusions tirées, obstacles rencontrés, etc
2. Nouvelles informations données par le thérapeute.
3. Discussion sur les applications de ces nouvelles informations.
4. Explication des exercices à faire pendant la semaine :
 - les feuilles d'exercice
 - le texte à lire (s'il y a lieu)
 - le carnet d'auto-enregistrement

Exercice du module 1 :

Prise de conscience des inquiétudes : Comme son nom l'indique, l'exercice en est un de prise de conscience des inquiétudes dans le quotidien. Vous êtes invité à noter vos inquiétudes 3 fois par jour, aux moments prédéterminés et à noter votre niveau d'anxiété à ces moments, sur une échelle de 0 à 8.

Modèle 1 : Symptômes du trouble d'anxiété généralisée

MODULE 2

Questionner l'utilité de s'inquiéter

Buts du module 2

1. Identifier quelle est l'utilité de s'inquiéter ainsi que ses inconvénients
 2. Remise en question de la véracité/pertinence de l'utilité de s'inquiéter
-

Questionner l'utilité de s'inquiéter est la deuxième stratégie à mettre en place pour vous aider à mieux gérer vos inquiétudes.

La surestimation de l'utilité de s'inquiéter

Un individu qui s'inquiète de façon excessive peut constater qu'il a de la difficulté à apprécier le moment présent ou qu'il a beaucoup de difficulté à se détendre. Paradoxalement, il peut arriver que tout en percevant des inconvénients au fait de s'inquiéter, l'individu puisse y voir une utilité comme le fait d'être plus prévoyant, par exemple. L'individu se trouve alors tiraillé entre deux motivations contradictoires : vouloir s'inquiéter moins d'une part et vouloir continuer de s'inquiéter d'autre part (pour continuer d'être prévoyant).

Avez-vous déjà réfléchi à l'utilité de s'inquiéter? En d'autres mots, à quoi cela vous sert-il de vous inquiéter autant? Si vous maintenez ce comportement depuis plusieurs années c'est probablement parce que vous y voyez une forme d'utilité. Peut-être ne vous en rendez-vous pas compte. Il est important d'explorer l'utilité que vous voyez à vous inquiéter. Dans un premier temps, nous allons donc examiner les différents avantages que vous pouvez trouver à vous inquiéter.

Plusieurs personnes ont rapporté les éléments suivants :

S'inquiéter permet de résoudre des problèmes ou prévenir le pire

La personne croit que s'inquiéter l'amène à trouver de meilleures solutions, à agir de façon plus réfléchie, à se motiver pour agir, à prévenir que des problèmes ne surviennent ou à parer aux imprévus.

S'inquiéter nous protège des émotions négatives

La personne croit qu'en s'inquiétant des pires éventualités, elle vivra moins de déception, de culpabilité ou de tristesse si l'évènement arrive.

S'inquiéter nous permet d'influencer le comportement des autres

La personne croit que s'inquiéter est une façon de montrer son soutien à ses proches, leur démontrer son amour et les aider à résoudre ou prévenir leurs problèmes.

S'inquiéter peut modifier le cours des évènements (pouvoir de la pensée)

La personne croit qu'en s'inquiétant d'un évènement positif ou négatif, elle pourra favoriser la survenue d'un évènement ou au contraire en empêcher la survenue.

S'inquiéter fait partie de notre personnalité

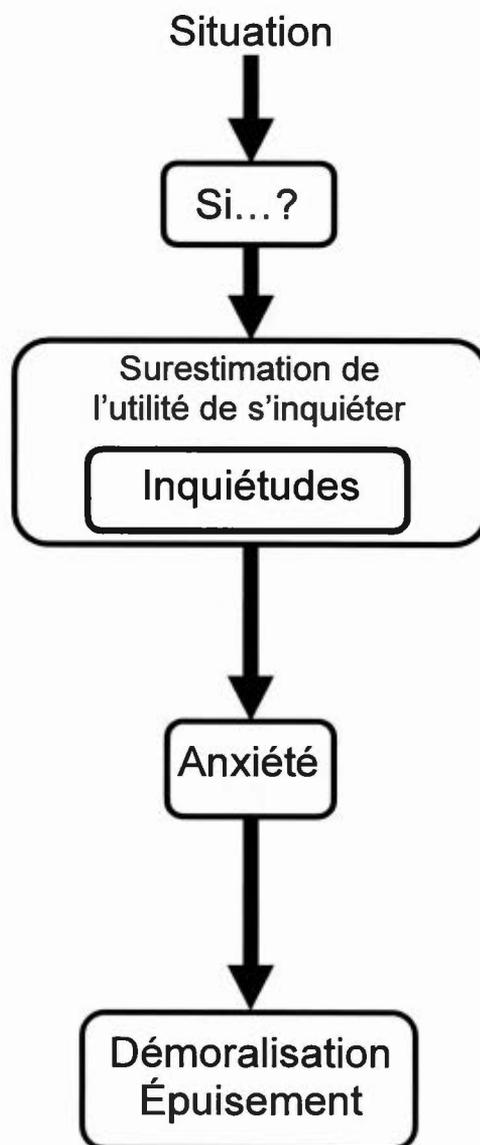
La personne croit que la tendance à l'inquiétude représente un trait immuable de son caractère ou de sa personnalité et qu'à cause de ça, elle ne peut changer.

Maintenant que vous percevez mieux l'utilité de s'inquiéter, vous devez pousser un peu plus loin votre réflexion sur ce thème. L'objectif du second exercice est de réévaluer les utilités perçues afin d'en avoir une autre perception. Pour ce faire, nous proposons l'exercice de l'avocat du diable. Il s'agit de prendre chaque utilité perçue et de trouver, dans un premier temps, des preuves (faits, expériences personnelles) que cette utilité est bien réelle et dans un deuxième temps, trouver des contre-arguments qui invalident la théorie. Par exemple, que diriez-vous à un ami pour qu'il change sa perception d'une telle utilité à s'inquiéter.

Vous venez d'apprendre une deuxième stratégie pour mieux gérer vos inquiétudes. Il s'agit de questionner l'utilité de s'inquiéter lorsque vous identifiez une inquiétude excessive, car en fait, il n'est jamais utile de s'inquiéter. Questionner l'utilité de s'inquiéter doit donc devenir un nouveau comportement à mettre en place dans le processus de gestion de vos inquiétudes.

Exercices du module 2 :

1. Liste des avantages et désavantages de s'inquiéter : Selon les besoins, relisez ou complétez cette liste.
2. Exercice de l'avocat du diable

Modèle 2 : Surestimation de l'utilité de s'inquiéter

LISTE DES AVANTAGES ET DÉSAVANTAGES DE S'INQUIÉTER

No. Participant :

Date :

AVANTAGES (utilité)	DÉSAVANTAGES (inconvenients)

Faites l'exercice de l'avocat du diable au verso. Reprenez chaque utilité et trouvez les contre-arguments.

MODULE 3

Intolérance à l'incertitude

Buts du module 3

1. Définir l'intolérance à l'incertitude et identifier ses manifestations
 2. Faire le lien entre l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes excessives
 3. Reconnaître l'importance de cibler l'augmentation de la tolérance à l'incertitude
-

L'intolérance à l'incertitude

Selon nos travaux, le facteur principal qui contribue à la tendance à s'inquiéter est l'intolérance à l'incertitude. L'incertitude c'est le fait de ne pas être sûr de quelque chose. Les gens qui s'inquiètent excessivement réagissent fortement à l'incertitude : ils sont intolérants, voire même allergiques à l'incertitude. Qu'est-ce que l'intolérance à l'incertitude? C'est la difficulté à accepter qu'un événement négatif puisse se produire malgré sa faible probabilité. L'intolérance à l'incertitude est considérée comme la toile de fond dans laquelle baigne tout le modèle du TAG (voir modèle).

Pour illustrer ce qu'est l'intolérance à l'incertitude, prenons l'exemple de Monique et Josée, toutes deux référées pour une échographie abdominale suite à des maux de ventre récurrents. Monique demande à son médecin les causes possibles de son malaise, s'informe de la procédure de l'examen et prend son rendez-vous. Pendant les jours qui suivent, elle pense à l'investigation et se sent anxieuse. Toutefois, elle se dit qu'il s'agit d'un examen qui permettra de mieux comprendre ce qui cause ses malaises. Elle continue de vaquer à ses occupations et ne pense pas trop à l'investigation. De son côté, Josée pose plusieurs questions à son médecin. Elle cherche à être rassurée qu'elle ne soit pas atteinte de cancer. Pendant les jours qui suivent, elle pense fréquemment à l'investigation, s' imagine qu'elle aura un cancer, qu'elle aura des traitements incommodes, qu'elle pourrait mourir et que ses enfants devront vivre sans elle. Pour se calmer, elle cherche des informations sur internet et demande à son conjoint de la rassurer sur son état. Malgré tout ce que les gens lui disent, elle continue de se sentir anxieuse et a de la difficulté à dormir.

Cet exemple démontre à quel point deux personnes peuvent réagir de façon différente à l'incertitude. Monique est plus tolérante à l'incertitude : elle ne dramatise pas la situation et attend l'examen de façon plus détendue. Contrairement à Monique, Josée tolère mal l'incertitude : elle imagine tout de suite le pire scénario, cherche en vain la réassurance et présente plusieurs symptômes d'anxiété.

Comment l'intolérance à l'incertitude mène-t-elle à l'inquiétude?

Les personnes intolérantes à l'incertitude se posent plus de questions « Si...? » face à une situation donnée que celles qui tolèrent mieux l'incertitude. Le fait de se poser ces questions « Si...? » amène les gens à entrevoir plus facilement les aspects négatifs d'une situation (donc à s'inquiéter!). Dans le cas de Josée, par exemple, l'examen médical est synonyme d'un problème grave (« *et si jamais c'était un cancer ?*»; « *et si je devais faire de la chimiothérapie ?*»; « *et si je devais mourir ?* »). Josée se pose plus de questions « Si » ce qui ouvre la porte à l'inquiétude.

De plus, les personnes intolérantes à l'incertitude réagissent plus fortement que les autres, entre autres parce qu'elles sont portées à mal estimer la probabilité des diverses éventualités entrevues. Reprenons l'exemple de Josée. Elle surestime le risque d'avoir un cancer. Sur la base d'une demande d'investigation, elle a tendance à croire qu'il y a une forte probabilité d'avoir le cancer – peut-être même une chance sur deux! La veille de l'examen médical, elle pourrait même être « convaincue » qu'elle aura le cancer!

Par ailleurs, même si elle réussissait à ne pas surestimer la probabilité des diverses éventualités, elle aurait beaucoup de difficulté à accepter qu'il ne soit pas entièrement impossible que cela puisse se produire. Elle pourrait s'imaginer, par exemple, divers scénarios de maladie et leurs conséquences successives. C'est ce qui forme l'enchaînement des inquiétudes excessives. Bref, plus on est intolérant à l'incertitude, plus on se pose de questions « Si », plus on surestime les risques ou les conséquences négatives, plus on s'inquiète.

Que faire face à l'incertitude ?

L'intolérance à l'incertitude amène les gens à essayer de contourner ou d'éliminer cette incertitude par différents moyens dans le but d'augmenter leur certitude. Les moyens utilisés pour contourner l'incertitude se regroupent sous deux grands modes : éviter ou trop réagir.

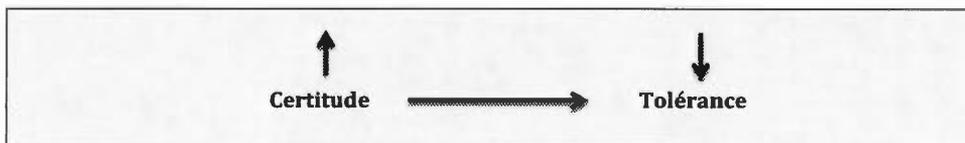
Évitement ←————→ Sur-réaction	
<p>« Procrastiner »</p> <p>Trouver des obstacles artificiels</p> <p>S'engager partiellement</p> <p>S'éparpiller</p>	<p>Ne pas déléguer</p> <p>Revérifier</p> <p>Rechercher plus d'information</p> <p>Chercher réassurance</p> <p>Remettre en question les décisions</p> <p>Surprotéger</p>

Bien qu'il apparaisse normal de vouloir contourner l'incertitude (puisque celle-ci est inconfortable et fait augmenter l'anxiété à court terme), il est important de comprendre que ce n'est pas un moyen efficace pour s'inquiéter moins. En fait, il produit plutôt l'effet contraire.

Premièrement, le fait est que vous continuez à vous inquiéter malgré vos efforts pour augmenter votre certitude. Au mieux, le soulagement est de courte durée comme l'illustre bien l'exemple de Josée. Elle se sent soulagée sur le moment lorsque son conjoint lui dit qu'elle n'a probablement pas le cancer, mais ses inquiétudes reviennent très rapidement. Elle doit alors trouver une autre stratégie pour se rassurer (ex. aller voir sur internet).

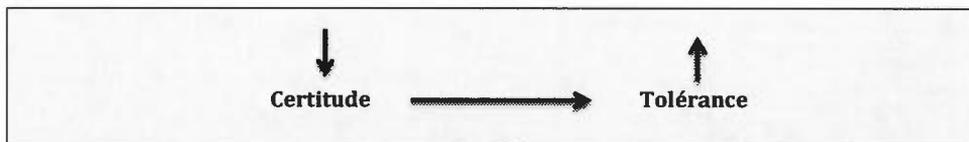
Deuxièmement, la recherche de certitude est vaine puisque l'incertitude fait partie de la vie. Il est impossible d'être à 100% certain de tout, donc la recherche de certitude vous condamne à vous inquiéter. Ainsi, par exemple, il s'avère judicieux de faire des placements en prévision de sa retraite. Toutefois, le fait de vérifier à chaque semaine les fluctuations de la bourse pour s'assurer de ne pas perdre d'argent ne garantit pas de ne jamais subir de déboires financiers (il pourrait arriver un crash boursier). De la même façon, il est recommandé de faire un bilan de santé annuel chez le médecin, mais d'y aller fréquemment en vue de déceler des problèmes potentiels ne garantit pas qu'on reste en santé toute notre vie. En effet, une variété de facteurs hors de notre contrôle peut influencer le cours des événements.

La recherche de certitude diminue plutôt la tolérance à l'incertitude. Le diagramme suivant illustre qu'en cherchant à augmenter sa certitude (contourner l'incertitude), on diminue du même coup sa tolérance à l'incertitude (le problème de fond), ce qui contribue à maintenir la porte ouverte aux inquiétudes. Par exemple, si à la moindre apparition d'un symptôme physique vous cherchez à vous faire rassurer ou à chercher frénétiquement des informations sur internet, il est probable que vous répétiez ces comportements la fois suivante. En effet, ces comportements de vérification alimentent l'idée qu'il pourrait être grave de ne pas vérifier.



Quoi faire : augmenter sa certitude ou augmenter sa tolérance à l'incertitude ?

Maintenant que l'on sait que la recherche de certitude maintient l'intolérance à l'incertitude, il est pertinent de se demander quoi faire? En fait, il s'agit d'inverser votre façon habituelle d'agir : plutôt que de chercher à augmenter votre certitude, vos efforts doivent avoir pour but d'augmenter votre tolérance à l'incertitude tel qu'illustré par le diagramme suivant.

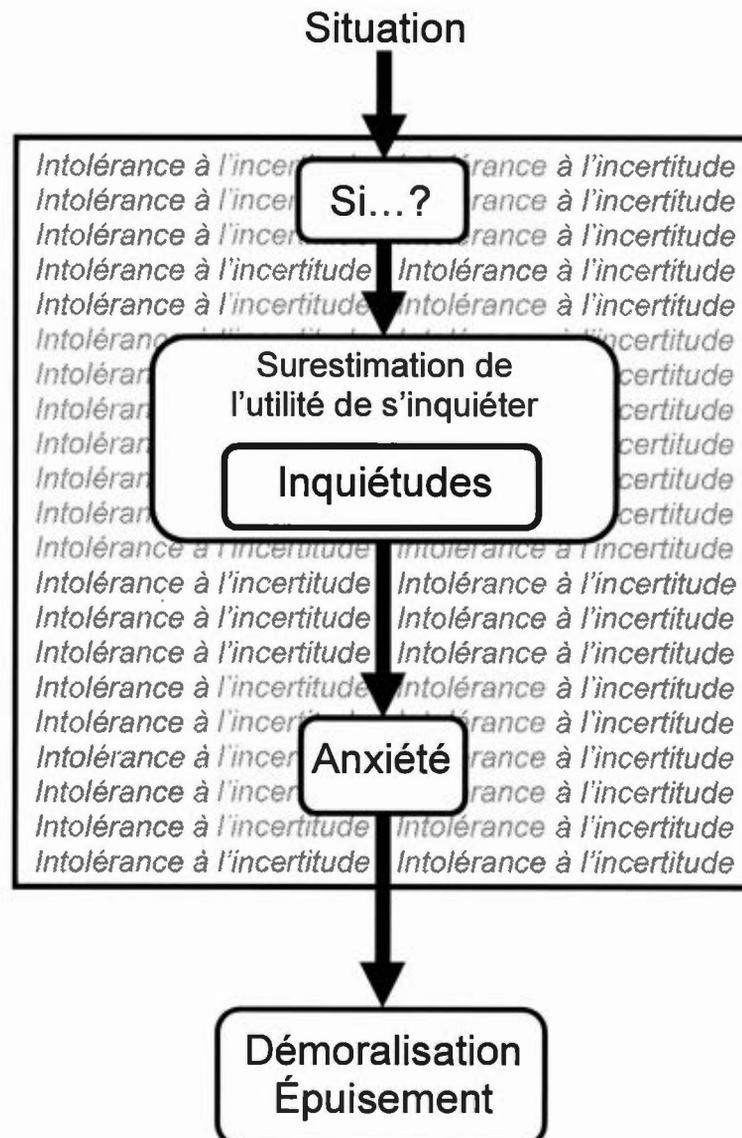


C'est une chose de savoir qu'on est intolérant à l'incertitude. Cependant, c'en est une autre de changer! L'action est un moyen privilégié pour modifier ses habitudes. En effet, on augmente sa tolérance à l'incertitude en posant des actions concrètes comme si on était tolérant à l'incertitude. Par exemple, vous souvenez-vous quand vous avez appris à conduire? Vous étiez probablement nerveux lors de vos premières sorties mais avec la répétition, cette nervosité s'est estompée si bien que vous conduisez maintenant sans réelle anxiété. Afin d'augmenter votre tolérance à l'incertitude, il faudra poser des gestes concrets qui visent à aider à accepter et à composer avec l'incertitude dans divers domaines de votre vie.

Dans un premier temps, il est essentiel d'identifier vos réactions personnelles face à l'incertitude. Ensuite, il faudra s'exercer plus concrètement à tolérer l'incertitude en passant à l'action. Vous choisirez d'abord une action à poser (ou à ne pas poser) qui vous permettra d'apprendre graduellement à augmenter votre tolérance à l'incertitude. Il est judicieux de commencer avec des actions qui ne sont pas trop difficiles. L'objectif est donc d'agir « comme si » vous étiez tolérant à l'incertitude ou comme quelqu'un de votre entourage qui le serait. Vous ressentirez probablement un inconfort à faire ou ne pas faire l'action choisie car vous n'avez pas l'habitude de tolérer l'incertitude. Sachez qu'il est normal de ressentir un malaise lorsqu'on essaie un nouveau comportement. Cependant, plus on essaie quelque chose, plus on est motivé à le refaire. La motivation suit donc l'action et non l'inverse. On ne doit donc pas attendre d'être motivé avant d'essayer quelque chose.

Exercices du module 3 :

1. Manifestations de l'intolérance à l'incertitude : liste comprenant toutes sortes de manifestations de l'intolérance à l'incertitude vécues par des personnes souffrant du TAG. Il s'agit de la lire et d'indiquer celles qui sont présentes dans votre vie (peu importe la fréquence). Vous pouvez aussi ajouter des exemples personnels.
2. Choix d'une action pour augmenter la tolérance à l'incertitude : il s'agit de cibler une action à poser pendant la semaine et d'observer l'inconfort ressenti et les pensées pendant et après l'action.

Modèle 3 : Intolérance à l'incertitude

MANIFESTATIONS D'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

No. Participant :

Date :

Voici une série de manifestations d'intolérance à l'incertitude vécues et rapportées par des gens qui ont déjà consulté notre équipe. Ces exemples illustrent comment les gens se comportent face à toutes sortes d'incertitudes. Veuillez d'abord indiquer par oui ou non si vous vous reconnaissez dans chacune de ces manifestations et ajoutez vos exemples personnels dans chacune des catégories présentées.

1. **Éviter de faire certaines choses.** OUI : ____ NON : ____

Ex. : Éviter d'aborder un sujet délicat avec un ami car on n'est pas certain de sa réaction.

Ex. : Éviter de s'investir, de s'impliquer dans une thérapie parce que le résultat est incertain.

Exemple personnel : _____

2. **Trouver des obstacles artificiels pour ne pas faire certaines choses, trouver des défaites.**

OUI : ____ NON : ____

Ex. : Refuser un nouveau projet au bureau prétextant qu'on veut passer du temps avec les enfants.

Ex. : Ne pas faire un exercice qui serait bon pour soi en se disant d'avance qu'on ne sera pas capable d'endurer les désagréments que l'exercice causera.

Exemple personnel : _____

3. « **Procrastiner** » (remettre à plus tard ce qu'on pourrait faire maintenant).

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Remettre à plus tard un téléphone à faire parce qu'on n'est pas certain de la réaction qu'aura la personne à qui on veut parler, ou qu'on n'est pas certain d'être capable d'exprimer tout ce qu'on veut dire.

Ex. : Remettre à plus tard notre révision du taux hypothécaire parce qu'on est pas certain de la procédure à suivre.

Exemple personnel : _____

4. **Tout vouloir faire soi-même, ne pas déléguer les tâches à faire aux autres.**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Faire toutes les tâches au bureau parce qu'on n'est pas certain que ce sera bien fait par son collègue.

Ex. : Faire les lunchs de ses adolescents pour être certain qu'ils mangent de façon équilibrée.

Exemple personnel : _____

5. **S'engager partiellement (« à moitié ») dans une relation, un travail, un projet.**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : S'impliquer dans un projet mais se laisser la possibilité de se retirer si on rencontre un irritant.

Exemple personnel : _____

6. S'éparpiller, poursuivre plusieurs démarches en parallèle (en même temps).

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Faire application dans des domaines différents pour augmenter ses chances de trouver un travail intéressant.

Exemple personnel : _____

7. Rechercher plus d'informations avant d'aller de l'avant.

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Lire beaucoup de documentation.

Ex. : Demander les mêmes informations à plusieurs personnes.

Exemple personnel : _____

8. Remettre en questions des décisions déjà prises, parce qu'on n'est plus certain que ce soit la meilleure décision.

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Décider de ne plus vendre sa maison alors que c'était prévu.

Ex. : Retourner un vêtement acheté parce qu'on n'est pas certain que cela met en valeur notre silhouette.

Quel genre de décision? _____

9. **Rechercher de la réassurance (poser des questions aux autres pour qu'ils nous rassurent).**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Demander à son partenaire de nous rassurer sur notre attitude dans telle ou telle situation.

Ex. : S'excuser à répétition pour notre retard au rendez-vous.

Auprès de qui? _____

Dans quel genre de situation? _____

10. **Se rassurer soi-même par un optimisme personnel exagéré, ou en cherchant toujours à tout s'expliquer rationnellement.**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Face à une tâche difficile, se dire « qu'on est capable, qu'on a déjà fait ça souvent, qu'on va y arriver », mais sans y croire vraiment.

Exemple personnel : _____

11. **Revérifier à plusieurs reprises des actions faites souvent machinalement parce qu'on n'est pas certain de les avoir faites.**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Relire un texte pour être sûr d'avoir bien compris.

Ex. : Vérifier si la porte de la maison est bien barrée en quittant la maison.

Quel genre de chose? _____

12. Surprotéger les autres, faire des choses à leur place.

OUI : ____ NON : ____

Ex. : Prendre des rendez-vous médicaux pour son conjoint.

Ex. : Empêcher son enfant d'aller dormir chez un ami.

Comme qui? _____

Pour quel genre de chose? _____

Y a-t-il d'autres façons que vous avez d'être intolérants à l'incertitude, des comportements qui n'entrent pas dans les 12 catégories énumérées ci-haut?

OUI : ____ NON : ____

Si oui, décrivez les ici.

INCERTITUDE ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

No. Participant :

Date :

Description de l'action choisie :

Inconfort ressenti pendant l'action :

Pensées présentes pendant l'action :

Observations après avoir fait l'action :

MODULE 4

Résolution de problèmes

Buts du module 4

1. *Connaitre les étapes de la résolution de problèmes*
 2. *Comprendre l'importance de la réaction face aux problèmes*
 3. *Acquérir ou consolider les habiletés nécessaires à la résolution de problèmes*
-

La résolution de problèmes

Lorsqu'on répertorie les inquiétudes présentes dans le quotidien de la personne qui souffre d'un TAG, on constate qu'une proportion significative de celles-ci concerne des problèmes actuels. Nos recherches antérieures ont démontré que des difficultés au niveau de la résolution de problèmes sont à l'origine d'inquiétudes et constituent ainsi un autre facteur qui contribue à la tendance à s'en faire. C'est pour cette raison que la TCC en cours cible ces difficultés en introduisant une stratégie de résolution de problèmes.

Les inquiétudes qui concernent un problème actuel, sont en grande partie entretenues par des difficultés au niveau de la résolution des problèmes. Deux difficultés principales peuvent se présenter lorsqu'on rencontre un problème : (1) on réagit mal face au problème; (2) on utilise mal nos habiletés de résolution de problème.

Les gens peuvent avoir des réactions initiales nuisibles ou « contreproductives » (attitude ou réaction émotive) face aux problèmes. On fait face à un problème sans réagir de façon constructive : au lieu de régler le problème, on continue à s'en inquiéter. Lorsqu'on a une telle réaction à l'égard des problèmes, on aura plus de difficulté à utiliser pleinement nos habiletés de résolution de problèmes. Et si on ne résout pas le problème, on aura tendance à continuer à y penser et... à s'inquiéter!

Les difficultés de résolution de problèmes peuvent aussi résulter d'une utilisation inefficace de nos habiletés à résoudre les problèmes. Par exemple, on peut essayer de solutionner un problème vague ou trop global au lieu de se faire une idée précise de ce qu'est le problème ou de le fractionner en sous-problèmes; on peut aussi se limiter à l'essai d'une seule solution et considérer que le problème est insoluble si elle ne fonctionne pas rapidement, etc.

Ainsi, on voit que les difficultés de résolution de problèmes jouent un rôle important dans le maintien des inquiétudes qui concernent des problèmes actuels. L'apprentissage d'une technique de résolution de problèmes s'avère donc une stratégie de choix pour cibler ces difficultés. Ce processus comprend les étapes suivantes :

1. Identification de sa réaction face au problème
2. Définition du problème et formulation des objectifs

3. Identification de solutions alternatives (« brainstorming »)
4. Prise de décision
5. Application de la solution et évaluation du résultat

1. Identifier sa réaction face au problème

La réaction face au problème est la première étape du processus de résolution de problème. Lorsqu'un problème, un obstacle ou un pépin se présente dans votre vie, quelle est votre première réaction ? En fait, vous pouvez considérer que la façon de réagir à un problème ouvre ou ferme la porte au processus de résolution de problèmes. Si vous réagissez d'une façon négative, vous ne vous attarderez pas à résoudre le problème et vous continuerez de vous en inquiéter. Par contre, si vous réagissez d'une façon constructive, vous aurez plus tendance à vous pencher sur le problème et ainsi trouver des solutions. Les écrits scientifiques ont mis en lumière trois façons non productives de réagir face à un problème : A) ne pas voir le problème, B) trouver anormal d'avoir le problème et C) éviter ou trop réagir face au problème.

Examinons chacune de ces réactions et comment il est possible de changer une réaction non productive en une réaction productive.

A. Ne pas voir ses problèmes

Ne pas voir ses problèmes équivaut à « faire l'autruche » ou se « mettre la tête dans le sable ». Cette façon de réagir aux problèmes peut avoir comme effet d'aggraver la situation initiale. Un exemple de ce phénomène est de s'inquiéter de son rendement au travail sans identifier qu'on a un problème d'organisation de ses tâches. Ainsi, le problème persiste et peut même s'aggraver si on continue de l'ignorer. Le principe est assez simple : lorsqu'on reconnaît le problème, il est plus facile de se donner les moyens pour le régler. Un problème réglé n'est plus un problème et donc on ne s'en inquiète plus.

Comment mieux reconnaître ses problèmes?

a) être attentif à ses émotions

Lorsque l'on rencontre un problème, on réagit à celui-ci par une émotion négative comme de la tristesse, de l'anxiété, de la colère ou de la déception. Les émotions nous donnent de précieuses informations sur le monde qui nous entoure. Il s'agit en quelque sorte d'un signal d'alarme indiquant que quelque chose ne va pas, comme le voyant lumineux sur le tableau de bord indiquant que le niveau d'essence est bas. En étant plus attentif à soi, on peut plus facilement identifier les problèmes qui se cachent derrière nos émotions.

b) identifier ses problèmes actuels ou récurrents

Ce sont souvent les mêmes genres de problèmes qui reviennent dans notre vie. Une stratégie susceptible d'aider à mieux reconnaître vos problèmes est de dresser la liste de vos problèmes actuels et récurrents. Ceux-ci peuvent inclure des situations qui vous rendent anxieux, qui vous irritent ou toute autre situation provoquant une inquiétude. Cette liste vous permettra d'être moins surpris ou déstabilisé à l'arrivée de problèmes qui tendent à revenir ponctuellement.

B. Trouver anormal d'avoir un problème

La deuxième réaction contreproductive est de trouver anormal d'avoir un problème. Bien sûr, la majorité des gens sont conscients que les problèmes font partie de la vie. Toutefois, des gens peuvent aussi trouver anormal d'avoir « certains » problèmes. Deux raisons différentes peuvent expliquer ce phénomène. Premièrement, le fait d'attribuer le problème à un déficit personnel amènera à se culpabiliser et à s'isoler plutôt que de mettre en place des moyens pour régler le problème. Deuxièmement, le fait de trouver injuste de rencontrer certains problèmes amène à passer plus de temps à s'indigner contre le fait d'avoir le problème qu'à le solutionner.

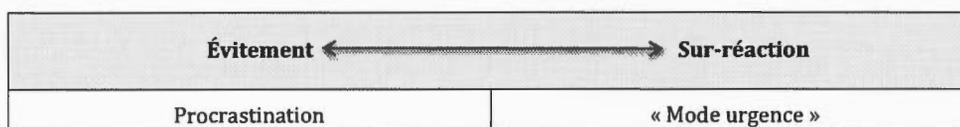
Comment voir le problème comme quelque chose de normal?

Il est important de normaliser le fait d'avoir des problèmes. Tout le monde a des problèmes, de petite ou de grande ampleur. Certaines personnes en ont plus à certains moments de leur vie, d'autres moins. Certains en parlent davantage, d'autres les gèrent bien, mais le fait est que personne n'y échappe. Il faut aussi s'encourager et se rappeler que la majorité des difficultés sont surmontables. Si vous avez tendance à vous culpabiliser, il faut identifier tous les facteurs responsables de l'apparition du problème... autres que vous-même ! Si la culpabilité demeure, que vous persistez à voir le problème comme un signe d'échec, cultivez l'indulgence envers vous-même. Que diriez-vous à un ami qui rencontrerait ce même problème? Comment pourriez-vous l'encourager à se détacher de ce problème et à passer à l'action?

Par ailleurs, pour contrer la tendance à trouver injuste d'avoir ce problème, il faut prendre une distance par rapport à celui-ci. Au même titre que la stratégie précédente, il faut être indulgent envers l'autre et normaliser son erreur s'il y a lieu. Ressasser son sentiment d'injustice n'est pas utile mais au contraire, cela bloque la résolution du problème.

C. Éviter ou trop réagir face aux problèmes

La troisième réaction typique se divise en deux pôles : éviter ou trop réagir face aux problèmes. Il s'agit ici de deux expressions extrêmes du même continuum.



Il arrive souvent que les individus souffrant du TAG soient « paralysés » devant la survenue d'un problème. Ils évitent ou remettent à plus tard la résolution de situations problématiques. Ce comportement peut être lié à la perception menaçante que représente le problème. En effet, un problème est généralement synonyme d'incertitude : on ne sait quelle sera l'issue finale, on ignore si on réussira à le régler facilement ou non, on ne connaît pas le temps nécessaire à sa résolution, etc. Lorsque nous percevons les problèmes comme menaçants, nous avons peur et sommes freinés dans nos tentatives pour les résoudre. De plus, le fait de voir le problème comme une menace engendre de nouvelles questions « Si », ce qui alimente le cercle vicieux des inquiétudes.

À l'inverse, on peut se situer à l'autre extrémité du continuum, c'est-à-dire qu'on se met en mode « urgence » dès qu'une situation se présente. Certaines personnes ne peuvent pas tolérer d'avoir un problème « en suspens ». Devant l'incertitude que génèrent les situations problématiques, elles ont tendance à multiplier les interventions pour diminuer l'incertitude et regagner un sentiment de contrôle sur leur vie. Cela mène à traiter de « faux problèmes » ou des situations qui n'avaient pas encore atteint le statut de « problèmes ». Résultat? L'énergie déployée à régler ses problèmes se trouve gaspillée car certaines situations seraient peut-être rentrées dans l'ordre sans le recours à une intervention spécifique. Pour illustrer ce phénomène, prenons l'exemple d'un père qui s'inquiète des résultats scolaires de son fils qui réussit généralement très bien à l'école. Pourtant, dès qu'il a une moins bonne note, le père s'inquiète de l'avenir académique de son fils. Le père met alors en place un plan de match pour régler ce « faux problème ». En fait, un étudiant qui réussit bien peut avoir de moins bonnes notes à l'occasion sans que son avenir académique ne soit compromis. Le père confond donc inquiétude et problème.

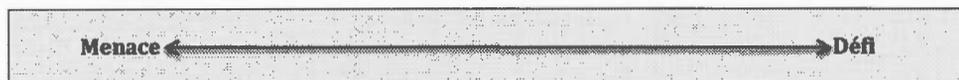
Il n'y a pas d'avantage à se trouver dans les extrémités du continuum, soit d'éviter de régler ses problèmes ou de réagir prématurément. Il est plutôt souhaitable de reconnaître le plus fidèlement possible ses problèmes et ainsi tendre vers un équilibre entre ces deux extrémités.

Reconnaitre sa réaction face aux problèmes est la première étape qui vous permettra de la changer et ceci dans le but d'être plus efficace pour régler vos problèmes.

Comment voir les problèmes pour ce qu'ils sont?

a) Voir les problèmes en défi plutôt qu'en menace

Si vous avez tendance à rester figé devant les problèmes et évitez de les résoudre, il vous sera utile de les voir plus comme des défis et moins comme des menaces. Reprenons l'idée d'un continuum : d'un côté un problème est perçu totalement comme une menace et, de l'autre, il est perçu totalement comme un défi. Il y a, bien sûr, une multitude de points où l'on peut se situer entre les deux. L'idée n'est pas nécessairement de tout prendre à 100% comme un défi, mais plutôt de ne pas toujours se situer à l'extrême gauche de l'axe, c'est-à-dire de voir tous les problèmes comme des menaces. Certains problèmes sont plus difficiles que d'autres, et il peut donc être plus difficile de les voir comme des défis à relever.



L'idée est de vous poser des questions telles que :

- « Est-ce qu'il peut y avoir une opportunité pour moi dans ce problème ? »
- « Ce problème représente-t-il une occasion d'apprendre quelque chose »
- « Quel serait le défi pour moi dans cette situation ? »
- « Quels sont les avantages à résoudre ce problème ? »
- « Y a-t-il quelque chose de bon qui ressort de ça ? »

Prenons l'exemple d'une personne qui habite loin de son travail. Elle s'inquiète à tous les matins de devoir prendre l'autoroute, anticipe la circulation difficile, craint d'arriver en retard et s'indigne de prendre un temps considérable pour ses déplacements quotidiens. Elle reconnaît que demeurer loin de son travail est un problème, mais ne s'y attarde pas car elle ne sait pas comment le régler. Elle n'envisage que quelques solutions qui lui semblent difficilement réalisables, soit de déménager ou changer d'emploi. Cette personne est freinée dans ses tentatives de résoudre le problème car elle a peur des conséquences qui pourraient découler de son choix. Si elle déménage, elle anticipe de devoir refaire ses habitudes dans un autre quartier, s'éloigner de ses proches, etc. Si elle change d'emploi, elle devra se réadapter à un autre environnement et avoir de nouvelles responsabilités. Ces « nouvelles » inquiétudes centrées sur de potentielles embuches rendent la situation encore plus menaçante. Bref, elle ne voit que le côté menaçant des choses, ce qui lui cause un grand désarroi. Elle évite donc de se pencher sur son problème et continue de s'inquiéter quotidiennement de ses déplacements au lieu d'essayer de régler la situation.

Après s'être demandée quel serait le défi pour elle dans cette situation ou qu'est-ce qu'elle pourrait gagner à se pencher sur ce problème, la personne en est venue à se dire : « *Si je passais moins de temps dans l'auto pour me rendre au travail, je passerais plus de temps avec les enfants, je pourrais aussi avoir plus de temps pour faire les repas et donc je m'alimenterais mieux. Je serais aussi sans doute moins fatiguée et je serais moins irritable. Je pourrais peut-être même gagner quelques heures pour aller au gym. Certes, changer d'emploi est difficilement envisageable, par contre il y a sans doute d'autres solutions possibles. Ceci serait une bonne occasion d'améliorer ma qualité de vie et celle de ma famille...* ».

b) Arrêter et penser (stop and think) plutôt qu'agir en mode « urgence »

Si vous êtes plutôt du genre à réagir rapidement ou impulsivement à vos problèmes, la stratégie la plus utile est d'adopter une attitude plus posée lorsque vous faites face à des difficultés. Il est important pour vous de faire la distinction entre une inquiétude et un problème. Une situation pour laquelle on s'inquiète n'est pas forcément un problème. Ainsi, plutôt que de réagir dans l'immédiat, vous pourriez par exemple vous arrêter et prendre le temps de vous poser les questions suivantes : « *Y a-t-il un problème ?* »; « *Sur une échelle de 0 à 10, quel est son niveau de gravité ?* »; « *Est-ce que le problème doit être réglé tout de suite ?* »; et « *Quelles sont les conséquences si je ne m'y attarde pas maintenant ?* ». Prendre du recul aura sans doute un impact positif sur votre façon de concevoir le problème et la façon d'y remédier. Vous gaspillerez moins d'énergie et diminuerez les risques d'impacts négatifs découlant d'une réaction trop rapide. Le fait de ne pas agir prématurément s'avère par la même occasion un excellent exercice d'exposition à l'incertitude!

En résumé, l'idée générale est d'identifier le plus fidèlement vos problèmes. Vous n'êtes pas gagnant à ne pas reconnaître vos problèmes : vos difficultés risquent de s'aggraver et vos inquiétudes ne feront qu'augmenter. Trouver anormal d'avoir un problème n'est pas plus avantageux, cultivant votre sentiment de culpabilité ou d'injustice. Finalement, éviter de régler ses problèmes ou agir rapidement sans questionner la nécessité d'intervenir peut s'avérer dommageable aussi.

Exercices du module 4 (volet réaction face aux problèmes) :

1. Exemples de réaction contreproductive aux problèmes : Vous devez cocher les réactions qui s'appliquent à vous.
2. Liste de problèmes : Il s'agit de dresser une liste de vos problèmes actuels ou récurrents.

2. **Définir le problème et formuler un objectif**

Trois erreurs sont fréquemment commises faisant en sorte que cette étape est souvent escamotée. Une première erreur est de générer rapidement des solutions à partir d'un problème vague et confus (ex., « *je n'arrive pas à mettre mes limites* ») plutôt que sur un problème précis et concret (ex., « *je suis incapable de dire non lorsqu'on me demande de faire du temps supplémentaire* »). Une deuxième erreur est de s'attaquer à plusieurs problèmes en même temps (ex., « *j'ai trop de dettes et je veux économiser pour m'acheter une maison* ») plutôt qu'à un seul problème (ex., « *je dois payer ma carte de crédit* »). D'autres formulent le problème en termes émotifs (ex., « *je suis stressé par mon travail* ») plutôt que comme un comportement, (ex., « *j'ai trop de dossiers à gérer et je manque de temps* »). Un problème mal défini mènera souvent à des solutions partielles et rendra la démarche ardue ou décevante.

Lorsqu'on prend conscience d'un problème, il est d'abord essentiel de l'identifier de façon spécifique et concrète. Cette façon de faire permet de générer des solutions qui ont plus de chances d'être utiles. Par exemple, une personne qui vit des difficultés au travail et qui définit son problème de façon vague (« *mon patron est une personne insensible qui prend avantage de moi* »), aura de la difficulté à trouver une solution à son problème (« *comment rendre mon patron plus sensible...* »). Par contre, s'il définit son problème de façon claire, précise et concrète (« *mon patron me donne un trop grand nombre de dossiers à suivre et il ne se rend pas compte du temps requis pour régler chacun de ceux-ci* »), il augmente ses chances de trouver des solutions efficaces (« *je vais prendre rendez-vous avec lui pour lui parler de ces choses et lui demander de diminuer ma charge de dossier de 5%* »). Afin de définir convenablement un problème, il est utile de se poser les questions suivantes :

- « *Qui est impliqué?* »
- « *Qu'est-ce qui se passe qui me dérange?* »
- « *Quand la situation se produit-elle ?* »

Les mêmes principes s'appliquent à la formulation d'objectifs personnels – ceux-ci doivent être spécifiques et concrets. Si les objectifs sont vagues et confus, comment savoir si on les a atteints? Seuls les objectifs précis et concrets permettront de savoir si notre démarche de résolution de problèmes sera couronnée de succès. Un deuxième grand principe vient s'ajouter à la formulation des objectifs personnels : ceux-ci doivent être réalistes et accessibles. La formulation d'objectifs peu réalistes et peu accessibles mènera presque toujours à la déception et à la perte de confiance en nos capacités de résolution de problèmes. Ainsi, un individu qui se fixe des objectifs, d'une part, spécifiques et concrets, et d'autre part, réalistes et accessibles, augmentera ses chances de devenir un « expert » de la résolution de problèmes.

Il est utile de formuler les objectifs sous forme de question telle que : « *Comment faire pour ...?* » ou « *Qu'est-ce que je peux faire pour...?* ». La formulation d'objectif nous permet donc d'arriver à une question qui sera le point de départ de la recherche de solutions. Des exemples de formulations de problèmes et d'objectifs sont illustrés dans le tableau suivant :

Définition du problème	Objectif
Mon réseau social est très pauvre actuellement et je me trouve souvent isolé.	Comment est-ce que je peux me faire de nouveaux amis?
Enseignante : J'ai une classe où plusieurs enfants parlent à des moments inopportuns et ne sont pas attentifs à mes explications.	Qu'est-ce que je peux faire pour que les élèves de ma classe soient plus attentifs et concentrés dans leur travail?
Parent : Ma fille adolescente respecte rarement l'heure de retour après ses sorties.	Comment est-ce que je peux amener ma fille à respecter le couvre-feu de façon plus régulière?
Je n'ai aucune réserve financière ni économies pour faire face à des imprévus.	Qu'est-ce que je peux faire pour mettre 50\$ de côté à chaque mois?

3. Identifier des solutions alternatives (« brainstorming »)

L'objectif de cette étape est de produire autant de solutions alternatives que possible afin de maximiser les chances que la meilleure solution soit parmi celles-ci. Alors que ce principe peut sembler très simple, nous savons que peu de gens produisent plusieurs solutions alternatives avant de prendre une décision lors de la résolution de problèmes. La plupart des gens génèrent une seule solution et appliquent celle-ci sans avoir pris le temps de penser à d'autres possibilités. Pourquoi? Parce qu'il y a des obstacles importants au fait de générer plusieurs solutions alternatives. Le premier obstacle est l'habitude c'est-à-dire appliquer une solution habituelle à un nouveau problème (ex., téléphoner une amie pour régler un conflit avec elle). Alors que les habitudes peuvent parfois aider à résoudre des problèmes, elles peuvent souvent y nuire. Par exemple, lorsqu'on applique de vieilles habitudes à de nouveaux problèmes, il se peut que notre solution soit inefficace. Le deuxième obstacle concerne les convenances, c'est-à-dire faire ce qui est généralement attendu de faire dans une telle situation (ex., prêter de l'argent à son fils qui a des difficultés financières). En suivant les convenances, on peut facilement avoir l'impression de faire « la bonne chose » – même lorsque ce n'est pas le cas.

Afin de générer autant de solutions alternatives que possible, les principes suivants s'avèrent utiles :

- Principe de quantité : Plus il y a de solutions produites, plus il y aura de solutions de qualité qui seront disponibles (générer au moins 10 solutions possibles).
- Principe du report de l'évaluation : Un plus grand nombre de solutions de qualité seront produites s'il n'y a aucune évaluation de la qualité des solutions à cette

étape. Il faut donc laisser libre cours à ses pensées, être créatif et adopter une attitude ouverte. L'évaluation des solutions sera faite plus tard au moment de la prise de décision.

- Principe de la variété : Plus les solutions alternatives sont variées, plus il y aura de solutions de qualité (on sort des sentiers battus!).

Si ces principes ne vous permettent pas de générer plusieurs solutions alternatives (après un effort considérable), vous pouvez consulter des gens de votre entourage pour réaliser cet exercice). Le but de cette étape est donc de produire plusieurs (au moins 10) solutions alternatives qui incluent des solutions de toutes sortes, incluant des solutions moins réalistes ou farfelues. On doit se rappeler le principe de ne pas juger la qualité des solutions à cette étape-ci du processus. Juger les solutions peut miner le processus créatif qui permettra de trouver de « bonnes solutions ». Faisons le parallèle avec un artiste qui peint une toile : s'il est trop centré sur la finalité de son œuvre et vise la perfection, il risque d'être bloqué dans son processus créatif ou produire une toile moins intéressante. De plus, une bonne solution découlera peut-être d'une idée « folle » ou moins réaliste. Il est aussi possible qu'une « bonne solution » implique la combinaison de deux solutions d'abord perçues comme moins réalistes.

4. Prendre une décision

L'objectif de cette étape est de choisir la meilleure solution parmi les solutions alternatives identifiées. Il s'agit bien de choisir la meilleure solution et non pas « la solution parfaite »; l'intolérance à l'incertitude peut contribuer à ce qu'un individu recherche une solution parfaite. Or la recherche d'une solution parfaite est un obstacle important à la prise de décision puisque celle-ci n'existe pas!

Règle générale, il s'agit plutôt de peser le pour et le contre de chaque solution afin de choisir la meilleure. À cette étape, il est utile de procéder selon un « processus d'élimination ». On doit 1) éliminer les solutions qui sont clairement inférieures et 2) utiliser les questions suivantes afin d'évaluer les solutions restantes et ainsi arriver à notre choix :

- « *Qu'est-ce que cette solution peut m'apporter?* »
- « *Quelles sont les chances (la probabilité) que cette solution « fonctionne »?* »
- « *Quelles sont les conséquences à court terme et à long terme de cette solution?* »
- « *Quelles sont les conséquences pour moi et pour mon entourage de cette solution?* »

Il faut noter que le plan de match sera souvent constitué de plusieurs solutions qui seront appliquées en parallèle ou successivement en fonction de la situation. Il faut toutefois faire attention de ne pas choisir un trop grand nombre de solution, une action qui peut sembler

rassurante pour certaines personnes. Effectivement, l'intolérance à l'incertitude peut vous amener à *vouloir en faire plus* au cas où... mais il ne faut pas en faire plus, il faut plutôt *le faire*.

5. Appliquer la solution et évaluer le résultat

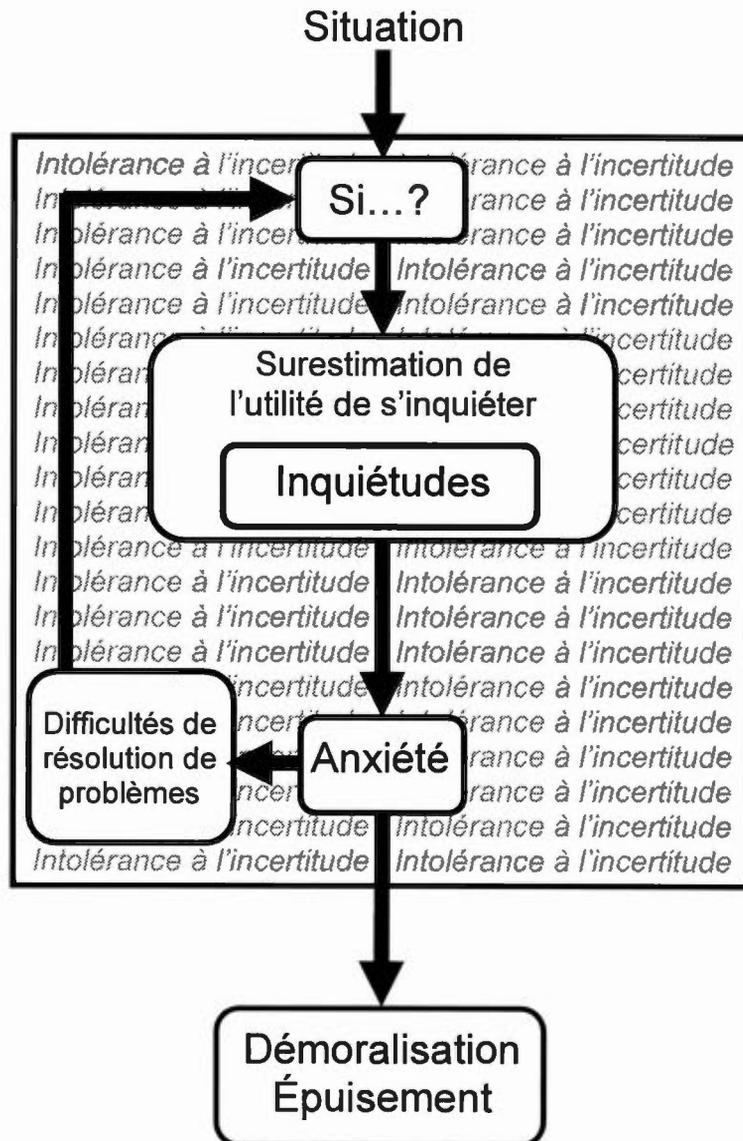
Il s'agit ici d'évaluer si votre solution vous permet d'atteindre vos objectifs. L'application de la solution est influencée, bien sûr, par vos habiletés comportementales. Il peut être nécessaire de pratiquer les habiletés en question avant d'appliquer la solution dans la situation problématique réelle. Par exemple, avant de demander à quelqu'un de changer un comportement, il peut être utile de procéder à un jeu de rôle et faire cette demande à un proche; celui-ci pourra alors vous dire si votre formulation et votre ton sont adéquats.

Il est ensuite important d'évaluer l'impact de la solution sur le problème et sur votre humeur. Le processus de résolution de problème est intimement lié à la détresse ressentie; une solution efficace doit donc mener à un soulagement émotionnel. Si la solution ne permet pas d'atteindre l'objectif de résolution de problème ou d'arriver à un soulagement émotionnel, alors il faut questionner son processus de résolution de problème : « *Est-ce que le problème a été bien défini ?* »; « *Mon objectif est-il réaliste ?* »; « *Devrais-je essayer une autre solution ?* ». Peut-être devrez-vous redéfinir votre problème ou encore revoir votre brainstorming. Par contre, si la solution est efficace, le processus de résolution de problèmes est terminé. Évidemment, certains problèmes prennent davantage de temps à régler. De plus, d'autres problèmes sont d'une envergure telle qu'il sera irréaliste d'atteindre un soulagement émotionnel à court-terme. Le problème se règlera à moyen ou long-terme. Il s'avèrera alors important d'évaluer votre démarche en cours de route.

Exercices du module 4 :

Appliquez le processus de résolution de problème à un problème de votre choix : corrigez votre réaction face au problème; définissez le problème et votre objectif; générez une liste de solutions alternatives; choisissez une ou plusieurs solutions; et enfin appliquez la ou les solutions et évaluez le résultat.

Modèle 4 : Difficultés de résolution de problèmes



EXEMPLES DE RÉACTION CONTREPRODUCTIVE AUX PROBLÈMES

No. Participant :

Date :

Le but de cet exercice est d'identifier vos principales réactions lorsque vous rencontrez un problème. Cochez les énoncés qui correspondent le plus à votre façon de penser.

- Les gens n'ont pas de problèmes – si j'ai un problème, ça veut dire que je suis anormal(e) (anormalité/déficit personnel).
- Je suis le(la) seul(e) à avoir les problèmes que j'ai (anormalité/injustice).
- Ce n'est pas vraiment un problème, ça fait partie de la vie (ne pas voir).
- Je ne peux tolérer d'avoir un problème en suspens (trop réagir).
- Quand les choses ne vont pas bien dans ma vie, c'est terrible et catastrophique (éviter ou trop réagir).
- Je suis la cause de tous mes problèmes (anormalité/déficit personnel).
- Mes problèmes sont toujours causés par les autres (anormalité/injustice).
- La première solution qui vient à l'esprit est la meilleure (trop réagir).
- Je n'ai pas de problème (ne pas voir).
- Il y a toujours une réponse parfaite à chaque problème (éviter ou trop réagir).
- Les gens ne peuvent pas changer; je suis fait(e) comme ça et je vais toujours être fait(e) comme ça (éviter).
- Si je règle le problème rapidement, la situation ne s'aggraverait pas (trop réagir).
- Les gens ordinaires ne peuvent solutionner la plupart des problèmes de la vie; j'aurai toujours besoin d'un expert (éviter).
- Si je suis une bonne personne, je mérite une vie sans problèmes (anormalité/injustice).
- Je devrais être capable de régler mes problèmes rapidement; si je n'y arrive pas, ça veut dire qu'il n'y a rien à faire ou que je suis incompetent(e) (anormalité/déficit personnel).

RÉSOLUTION D'UN PROBLÈME

No. Participant :

Date :

Définition du problème :

Formulation de l'objectif : *Qu'est-ce que je peux faire pour...? Comment faire pour...?*

Modification de la réaction face au problème : *Est-ce que je réagis de façon contreproductive à ce problème ? Si oui, quelle est ma réaction face à ce problème ?*

Y aurait-il une autre façon de réagir à ce problème qui serait plus productive ? Si oui, laquelle ?

Solutions possibles :

- *le plus de solutions possibles (au moins 10)*
- *sans évaluer/juger*
- *solutions variées*

Solution(s) choisie(s) :

Stratégie d'application de la (des) solution(s) : *Comment je vais m'y prendre pour appliquer la (les) solution(s) :*

Évaluation du résultat :

- *par rapport au problème : « est-ce que le problème est résolu? »*
- *par rapport aux émotions négatives : « est-ce que j'éprouve un soulagement émotionnel ? »*

MODULE 5

Exposition écrite

Buts du module 5

1. *Connaitre et comprendre les facteurs de maintien des inquiétudes portant sur une situation hypothétiques (évitement cognitif et neutralisation)*
 2. *Comprendre le rôle de l'exposition cognitive dans la diminution des inquiétudes portant sur une situation hypothétique*
 3. *Expérimenter l'exposition écrite avec le thérapeute*
-

L'évitement et la neutralisation

Lors des rencontres précédentes, vous avez appris à faire face aux inquiétudes concernant des problèmes actuels en utilisant la stratégie de résolution de problèmes. Il est probable que vous ayez également des inquiétudes qui concernent des situations hypothétiques (et peu probables) pour lesquelles une autre stratégie sera utilisée car dans un tel cas, il n'y a pas de problème réel à solutionner.

Les inquiétudes qui concernent des situations hypothétiques (et peu probables) sont souvent l'objet d'un exercice semblable à celui de ne pas penser à un chameau. En effet, les gens qui souffrent du TAG tentent habituellement de ne pas penser aux choses qui leur font peur. Et, comme dans l'exercice du chameau, ils n'arrivent que très difficilement à chasser leurs inquiétudes. Puisque ces pensées sont habituellement anxiogènes, la première solution envisagée est souvent une tentative de chasser ces inquiétudes. Cependant, plus on tente de ne pas penser à quelque chose, plus cette pensée revient avec force. L'image d'une balle lancée au mur illustre bien ce phénomène : plus la balle est lancée avec force, plus elle rebondit avec force. Ce paradoxe est un phénomène qui est observé chez une grande majorité d'individus et non pas seulement chez les gens anxieux.

On peut comprendre comment l'anxiété est entretenue en observant ce qui se passe lorsqu'un individu présente une peur plus concrète comme une phobie des chiens. Si l'individu évite toutes les situations pouvant le confronter à un chien, sa peur demeure grande et sa perception des chiens ne peut pas changer. À chaque fois qu'il évite, son anxiété diminue rapidement, mais seulement jusqu'à la prochaine fois où il sera confronté à un chien! La figure 1 présentée à la fin du module illustre bien ce phénomène.

La neutralisation, quant à elle, représente tout comportement ou pensée de l'individu ayant pour but de diminuer l'anxiété en situation d'exposition à une situation anxiogène (par exemple le chien). L'individu qui utilise la neutralisation, quoiqu'il soit en présence du stimulus anxiogène, évite de ressentir l'anxiété en utilisant diverses stratégies. Ces stratégies peuvent être de se fermer les yeux et d'essayer de se convaincre que le chien n'est pas méchant, ou de se

répéter sans cesse que l'éventualité dont il a peur (que le chien le morde) ne se produira pas. La neutralisation agit donc un peu comme une distraction et diminue l'anxiété à court terme seulement mais pas à long terme. Aussi elle ne permet pas de « digérer » la peur à la source de cette anxiété (Figure 2).

L'exposition

Pour arriver à vaincre sa peur, l'individu devra utiliser une stratégie d'exposition au cours de laquelle il affrontera graduellement des situations en présence d'un chien tout en tolérant l'anxiété. De plus, il devra s'exposer de façon répétée durant une période de temps pour que la « digestion » de sa peur ait le temps de se faire. L'individu devra au préalable être informé que l'anxiété est désagréable, certes mais aucunement dangereuse, et qu'elle atteindra un plateau pour ensuite redescendre lentement (Figure 3).

Pour diminuer la fréquence et l'intensité des inquiétudes concernant des situations hypothétiques, nous avons recours à l'exposition écrite. On vous demande donc de choisir une inquiétude suscitée par l'appréhension d'une situation hypothétique. Il n'y a pas de contre-indication à choisir l'inquiétude la plus dérangement. Cependant, si vous vous sentez incapable de vous exposer à cette inquiétude, vous pouvez choisir une autre inquiétude moins importante afin de favoriser la réussite de ce premier exercice d'exposition. Vous pourrez vous attaquer à l'inquiétude la plus dérangement par la suite.

Outre la « digestion » de la peur, l'exercice d'exposition par écrit favorise aussi une réévaluation de la situation et de votre réaction émotionnelle. La réévaluation cognitive consiste principalement à remettre en question trois choses : 1) la probabilité que l'évènement appréhendé se produise; 2) l'aspect catastrophique de l'évènement; et 3) votre capacité à vous adapter à l'évènement. Pour illustrer le phénomène de la réévaluation, prenons l'exemple d'un employé qui s'inquiète de la possibilité que son patron soit insatisfait de son travail. En s'exposant par écrit à cette possibilité, l'employé pourra en venir à comprendre qu'il surévalue la probabilité que son patron soit insatisfait de son travail (« *c'est possible, mais cela serait surprenant puisqu'il a toujours été satisfait de mon travail* »). De plus, il pourra en venir à se dire que l'insatisfaction de son patron serait désagréable, mais pas nécessairement catastrophique (« *c'est sûr que je n'aimerais pas ça, mais cela ne veut pas dire que je perdrais mon emploi* ». Et finalement, l'employé pourra se rendre compte qu'il pourrait composer (ou vivre avec) avec l'insatisfaction de son patron (« *s'il n'aime pas mon travail, je n'ai qu'à lui prouver qu'il se trompe* »). Bref, l'exposition par écrit aura permis à l'employé de réévaluer la probabilité de l'évènement, la nature catastrophique de celui-ci, et sa capacité de composer avec l'évènement.

L'exposition écrite implique de composer un texte qui décrit l'éventualité que vous craignez, en mettant en lumière les pensées et les images qui envahissent votre esprit lorsque vous vous inquiétez. Cette description comprend donc tous les aspects anxiogènes de la situation ainsi que les conséquences qui lui sont associées. Elle se fait en faisant référence aux sens (vue, ouïe, odorat, etc.) ce qui rend la description plus réaliste et favorise ainsi la formation de l'image mentale de la situation appréhendée; elle fait aussi référence aux réactions émotives (les émotions ressenties tant psychologiquement que physiologiquement). Elle ne doit pas inclure

d'éléments rassurants parce qu'ils joueraient un rôle de neutralisation. Le scénario doit être épouvanté tout en demeurant crédible.

Vous devez donc rédiger votre scénario en vous plaçant le plus possible dans la situation appréhendée sans neutraliser. Tout ce que vous avez à faire est de décrire la situation qui vous fait peur comme si vous vous y trouviez tout en ne combattant pas l'anxiété. Si vous neutralisez ou perdez votre concentration, revenez aux images décrites et replacez-vous dans la situation.

Votre scénario doit présenter les caractéristiques suivantes :

- Être centré sur un seul thème.
- Être composé au présent (comme si le scénario se produisait présentement); en langage parlé (non littéraire) et au « je ».
- Être une description détaillée de la peur fondamentale.
- Faire référence aux sens (vue, ouïe, odorat, etc. – ce qui favorise la formation d'une image mentale).
- Faire référence à notre réaction émotionnelle (psychologique et physiologique).
- Ne pas contenir d'éléments rassurants (neutralisation) tels que les mots « peut-être », « pas si pire », etc.
- Être « épouvanté » mais tout de même crédible.
- Inclure le sens qui est accordé à l'anxiété dans le scénario.

Exercices du module 5 :

Exposition écrite : Rédaction d'un scénario d'exposition et ce, au moins cinq fois durant la semaine.

La durée de l'exposition est de 30 minutes. Vous devez rédiger votre scénario tout en tolérant l'anxiété présente. Si l'anxiété ne monte pas, faites quand même l'exposition pendant un minimum de 20 minutes. Soyez attentif à toute forme de neutralisation telle que : se concentrer sur sa respiration; se changer les idées; combattre ses émotions; etc. Ne vous souciez pas de la calligraphie, l'orthographe ou la syntaxe de vos phrases : essayez seulement d'écrire en tenant compte des recommandations mentionnées ci-haut (un seul thème, au présent, au « je », etc).

À chaque séance de rédaction, vous complèterez une fiche d'exposition indiquant l'anxiété ressentie avant, pendant et après.

Modèle 5 : Évitement et neutralisation

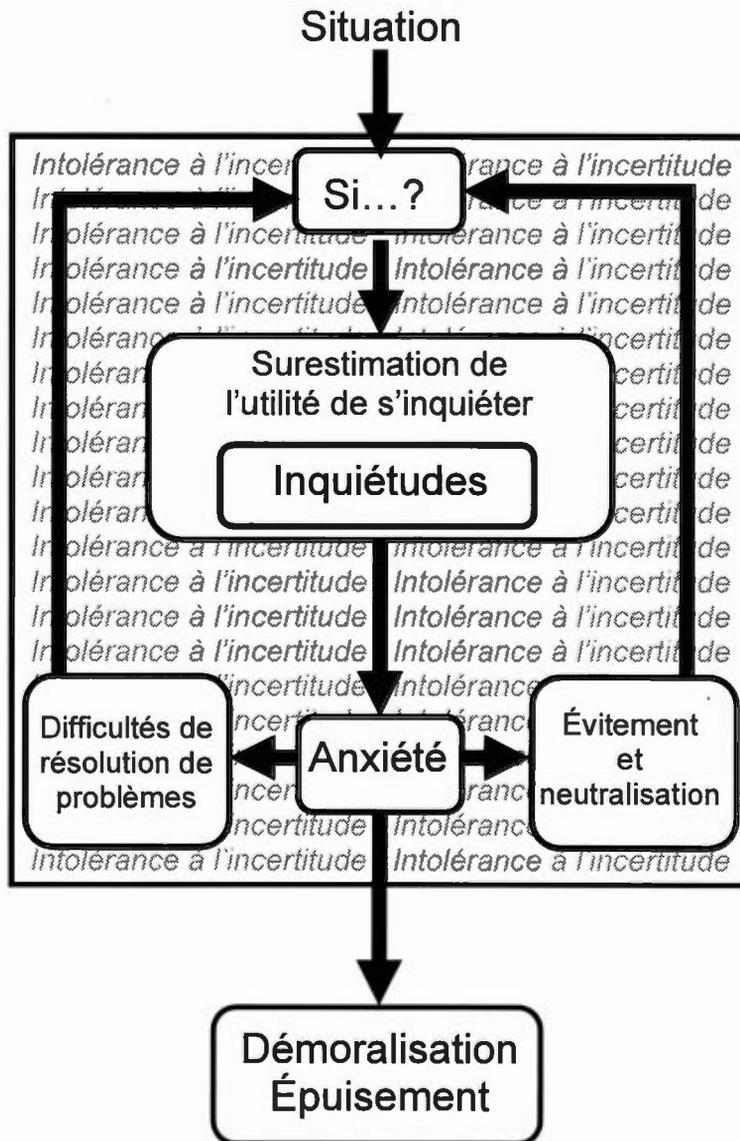


Figure 1 : Évitement

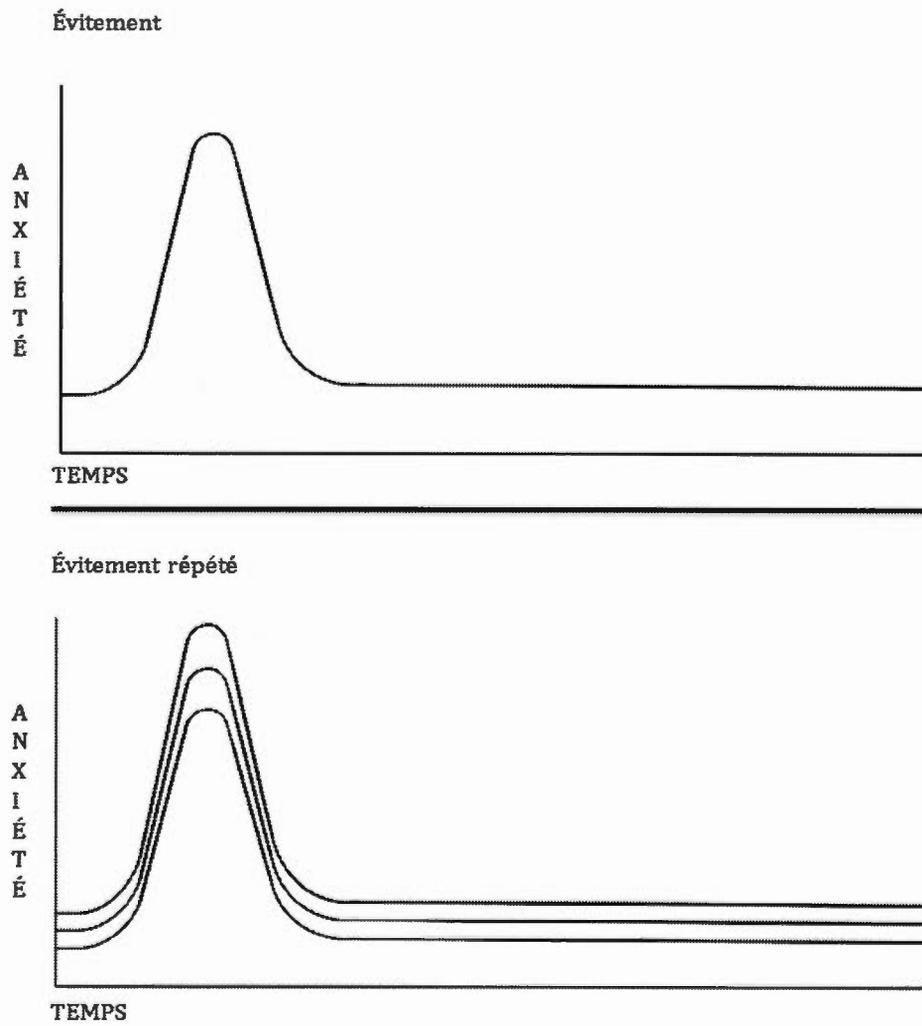


Figure 2 : Neutralisation

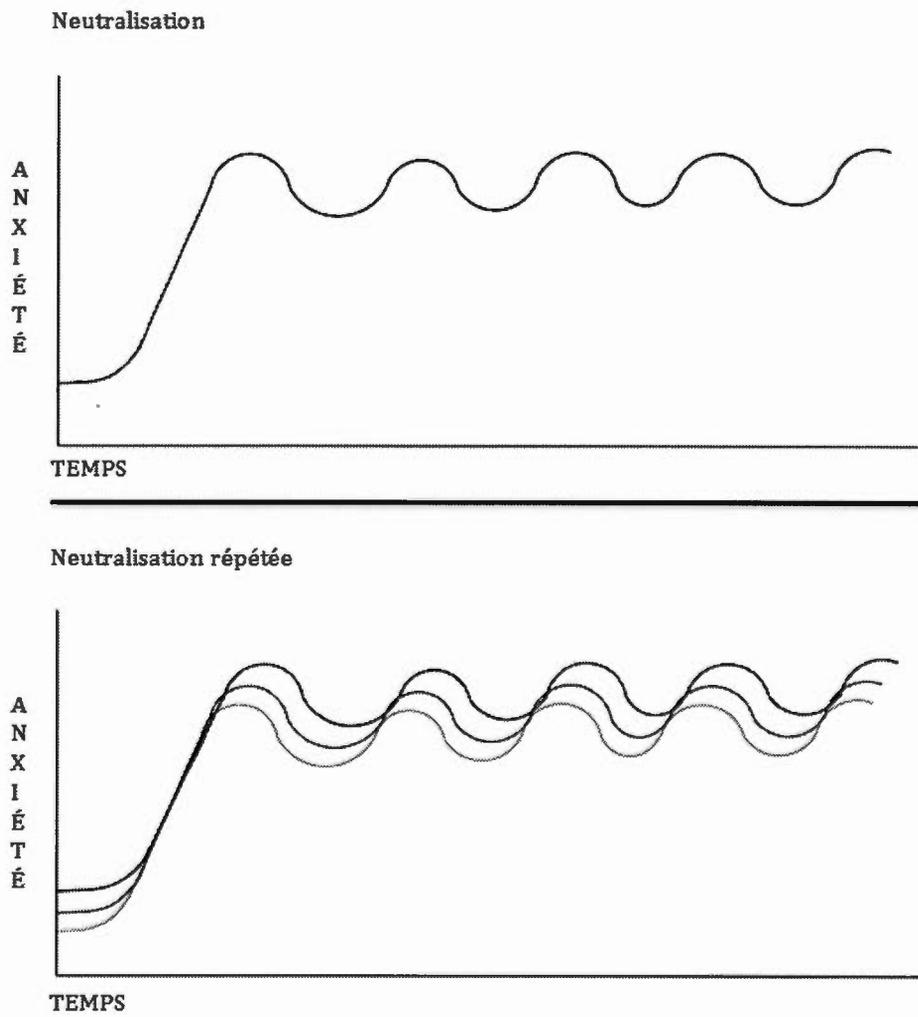
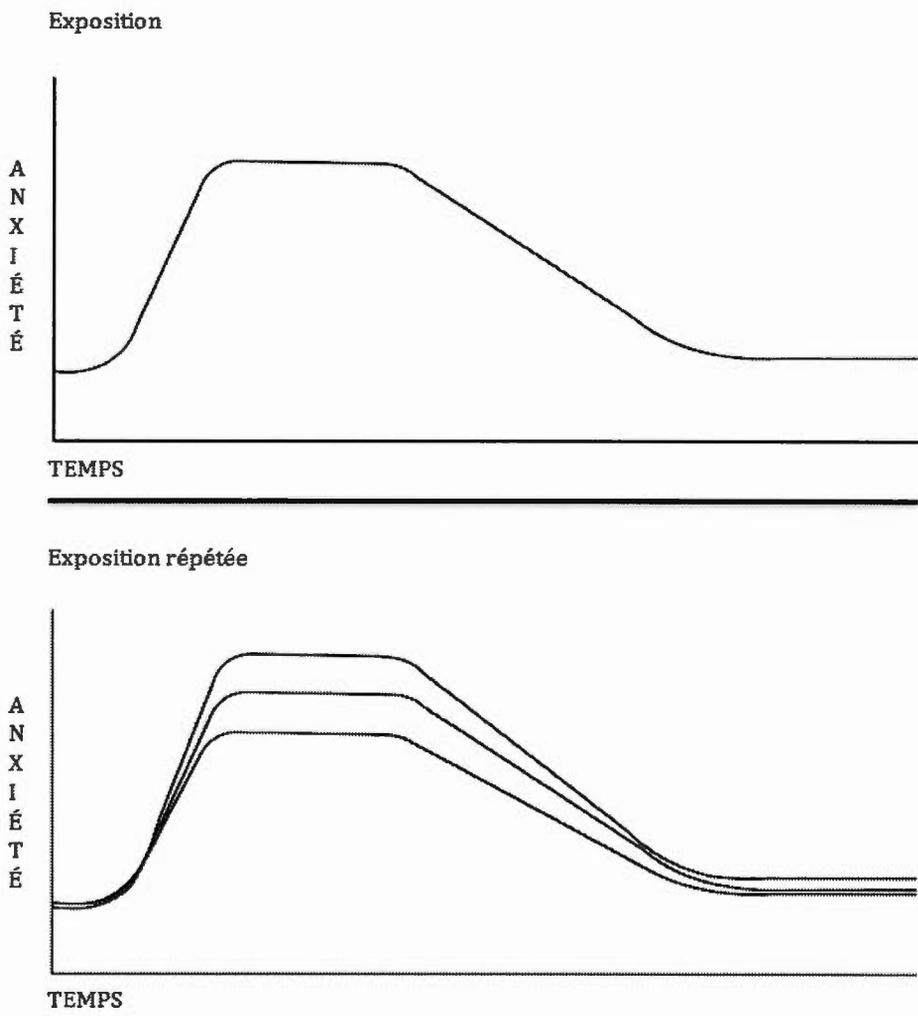


Figure 3 : Exposition



SCÉNARIO POUR L'EXPOSITION

No. Participant :

Date :

Le but de cet exercice est de développer un scénario d'exposition ayant les caractéristiques suivantes :

- être centré sur un seul thème
- être composé :
 - au présent (comme si le scénario se produisait présentement)
 - en langage parlé (non littéraire)
 - au « je »
- être une description détaillée de votre peur fondamentale
- faire référence aux sens (vue, ouïe, odorat, etc.)
- faire référence à votre réaction émotionnelle (psychologique et physiologique)
- ne pas contenir d'éléments rassurants (neutralisation) tels que les mots « peut-être », « pas si pire », etc.
- être « épouvantable » mais tout de même crédible
- inclure la signification perçue par rapport à l'anxiété décrite

Scénario

FICHE D'EXPOSITION

No. Participant :

Date :

Thème du scénario : _____

AVANT l'exposition :

1. Heure ____:____

2. Quel est le niveau **actuel** de malaise associé à votre pensée? (avant la séance d'exposition)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
aucun		léger		modéré		important		extrême

APRÈS l'exposition :

1. Heure ____:____

2. Quel est le niveau **actuel** de malaise associé à votre pensée? (à la fin de l'exposition)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
aucun		léger		modéré		important		extrême

3. Quel était le niveau **maximal** de malaise associé à votre pensée? (encerclez le chiffre correspondant à votre niveau de malaise maximum **pendant** la séance d'exposition)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
aucun		léger		modéré		important		extrême

4. Avez vous neutralisé votre pensée pendant la séance d'exposition?

Oui : ____ Non : ____

Si oui, comment? _____

MODULE 6

Résumé du traitement et prévention de rechute

Buts du module 6

1. *Bien comprendre les composantes de la thérapie, ses liens et les stratégies à privilégier pour faire face aux différents types d'inquiétudes*
 2. *Discuter des attitudes favorables au maintien des acquis*
 3. *Comprendre la notion de fluctuation du niveau d'inquiétude (chute et rechute)*
 4. *Formuler des objectifs post-traitement*
-

Résumé du traitement

Nous avons maintenant vu en détails tous les modules du traitement du TAG. Le but des dernières rencontres est d'approfondir et d'intégrer ces différents modules afin que vous deveniez votre propre thérapeute. Pour en arriver là, il est important de connaître à fond les modules, les liens entre ceux-ci et de savoir comment appliquer les stratégies qui leur sont propres. L'information présentée ici consiste en un résumé de ces trois éléments.

La prise de conscience

Pour modifier une habitude, on doit, avant toute chose, en être pleinement conscient. On doit donc voir clairement que l'on s'inquiète excessivement pour changer. Dans cette optique, il est important de distinguer l'inquiétude des autres phénomènes cognitifs (par exemple, la planification) ou émotifs (par exemple, l'anxiété, la tristesse, la frustration) pour obtenir de bons résultats avec les stratégies proposées. Une fois que l'on a reconnu qu'il s'agit d'inquiétude, on peut alors identifier le type de l'inquiétude (est-ce qu'elle concerne un problème actuel ou plutôt une situation hypothétique?). Une autre façon d'identifier le type d'inquiétude c'est de se demander « *Est-ce qu'il y a quelque chose que je peux faire en résolution de problème avec cette inquiétude-là?* ».

Inquiétudes qui concernent un problème actuel

Lorsqu'on a identifié qu'il s'agit d'une inquiétude à propos d'un problème réel, on doit :

1. Se demander s'il y a des avantages à s'inquiéter de cela et réévaluer s'il s'agit là d'avantages réels.
2. Ensuite, on utilise la stratégie de résolution de problèmes :

Rappelez-vous que la disposition inefficace face aux problèmes peut se manifester de diverses façons et peut être corrigée soit en reconnaissant plus rapidement qu'on a un problème, soit en acceptant le fait d'en avoir un (voir cela comme étant normal), ou en

tendant de voir le problème davantage comme un défi à relever plutôt qu'une menace. Aussi, il est important de ne pas oublier de définir le problème de façon spécifique et concrète, de vous fixer des objectifs réalistes, de ne pas faire d'évaluation lorsque vous faites votre liste de solutions alternatives, de choisir la meilleure solution pour vous parmi cette liste de solutions (et non la solution parfaite), et d'évaluer l'impact de l'application de votre solution sur la situation et sur votre humeur. Il est important d'aller de l'avant et d'appliquer une solution même si on n'est pas certain de sa réussite. En faisant cela, on ne peut pas perdre! En effet, soit que la solution fonctionne (tant mieux), soit qu'elle ne fonctionne pas, mais on a obtenu de l'information utile pour essayer autre chose (et on a augmenté notre tolérance à l'incertitude!).

Inquiétudes qui concernent une situation hypothétique (et improbable)

Si l'inquiétude concerne une situation hypothétique (pour le moment, aucun problème réel n'existe), on doit :

1. Se demander aussi s'il y a des avantages à s'inquiéter de cela et réévaluer s'il s'agit d'avantages réels.
2. Utiliser la stratégie suivante : S'exposer par écrit aux pires situations hypothétiques qu'on craint.

Par le biais d'un scénario écrit comprenant tous les éléments « épeurants » d'une situation hypothétique, on s'expose pour en venir à changer sa façon de voir cette situation et pour apprendre à tolérer l'anxiété conséquente. En outre, on s'expose aussi à l'incertitude ce qui s'avère une autre façon d'augmenter notre tolérance à l'incertitude. L'exposition permet donc de diminuer l'intensité et la fréquence de l'inquiétude. On ne peut pas s'exposer trop! Le malaise vécu durant les premières séances d'exposition n'est pas dangereux et diminue avec les répétitions. Au lieu de passer beaucoup de temps à s'inquiéter d'éventualités improbables pendant X mois (ou X années), il est préférable d'y penser intensivement une fois par jour pendant quelques semaines et ainsi éliminer cette inquiétude.

Le but de catégoriser les inquiétudes est de choisir la stratégie qui risque d'être la plus efficace pour l'inquiétude en question. Cependant, il n'y a pas beaucoup de risques à « mal » catégoriser une inquiétude. La résolution de problème est la meilleure stratégie pour les inquiétudes qui concernent des problèmes actuels; cependant le fait de s'exposer par écrit aux conséquences craintes dans cette situation n'est pas mauvais, au contraire, cela peut être très utile. De plus, l'exposition écrite est la meilleure stratégie pour les inquiétudes qui concernent des situations hypothétiques. Cependant, la résolution de problème (ou une tentative de résolution de problème) peut permettre d'identifier clairement s'il y a, oui ou non, une partie de la situation à laquelle il est possible d'appliquer une solution.

Il n'y a donc pas de situation où l'une ou l'autre de ces stratégies soit contreproductive ou nuisible. L'important est de poursuivre l'analyse de l'inquiétude tant qu'elle demeure excessive. Cette analyse permettra de décider s'il faut d'abord améliorer l'application de la stratégie qui

vient d'être choisie, ou plutôt appliquer une autre stratégie si la première n'a pas permis d'éliminer l'inquiétude excessive.

Tout au long de cette intervention, nous avons aussi beaucoup parlé de l'intolérance à l'incertitude. Nous avons identifié que la recherche excessive de certitude est un puissant moteur d'inquiétudes puisque la certitude totale n'existe pas. Sachant que les gens plus tolérants à l'incertitude sont des individus qui s'inquiètent moins, nous avons donc visé à augmenter votre tolérance à l'incertitude. C'est par des actions fréquentes au quotidien que vous vous êtes exercés à tolérer davantage d'incertitude dans le but d'augmenter graduellement votre tolérance à ce niveau. Cela demeure une stratégie à poursuivre au quotidien, facilitant ainsi l'acceptation de l'incertitude comme d'un fait incontournable de la vie de chacun de nous.

Prévention de rechute

Les émotions et les évènements

Suite à votre démarche thérapeutique, il sera important de devenir votre propre « thérapeute » afin de maintenir vos gains et ainsi empêcher vos inquiétudes de nuire à votre qualité de vie. Devenir votre propre thérapeute signifie d'appliquer des stratégies comme l'exposition écrite ou la résolution de problème dès que vous avez une inquiétude que vous considérez excessive. Cela implique aussi de corriger lorsque nécessaire votre perception des avantages de vous inquiéter.

Être votre propre thérapeute implique d'évaluer régulièrement votre façon de réagir aux inquiétudes, de vous encourager à poursuivre même si c'est difficile et de vous féliciter pour vos petites et grandes réussites. Pour consolider et entretenir les nouveaux apprentissages que vous avez faits, il est fortement suggéré d'être proactif en relisant le présent manuel une fois par mois.

Bien réagir aux inquiétudes implique de garder en tête qu'il y a une différence importante entre des fluctuations normales dans le niveau d'inquiétudes et une rechute. On peut aussi appeler une fluctuation normale une « chute ». Or, une chute n'est pas une rechute! Avoir plus d'inquiétudes de temps en temps est normal et n'est pas synonyme de rechute. La réaction de chaque individu à une remontée des inquiétudes joue un rôle important. En effet, avoir un peu plus d'inquiétudes pendant quelques jours peut être vu comme un « problème », mais ce problème n'est pas dramatique. Votre réaction à la présence de ce problème aura de fortes chances d'influencer la durée de cette période d'inquiétudes et l'anxiété ressentie. Dramatiser n'est donc pas synonyme d'une réaction utile aux fluctuations normales des inquiétudes puisqu'on est alors porté à croire qu'il s'agit d'une rechute et qu'on n'y peut rien : on n'utilisera donc pas les stratégies thérapeutiques appropriées. Également, ignorer que l'on ait plus d'inquiétudes à un certain moment est aussi problématique puisqu'il devient impossible de mettre en pratique ces stratégies; nos inquiétudes peuvent donc être présentes plus longtemps.

L'exemple suivant illustre la réaction respective de deux individus qui s'inquiètent beaucoup pendant 3 jours. L'un d'eux observe au milieu de la semaine qu'une accumulation de travail l'a rendu stressé et inquiet. Il se dit qu'il va essayer de terminer ce travail dans les plus brefs délais, dans la mesure du possible, et se reposera en fin de semaine. Il pourra toujours

prendre 2 heures dimanche matin pour continuer le travail s'il n'a pas fini vendredi. À la fin de la semaine, il a terminé son travail et est satisfait et détendu. L'autre individu est aussi stressé et inquiet à cause d'une accumulation de travail. Il fait tout ce qu'il peut pour terminer mais anticipe beaucoup de ne pas avoir fini vendredi. À 5 heures vendredi, l'individu a finalement terminé son travail et se dit : « *Quelle semaine de fou! Me voilà reparti dans mes vieilles habitudes, je ne suis jamais capable de passer à travers un surplus au travail sans m'inquiéter toute la semaine! Ça m'a pris toute mon énergie, qu'est ce que ça va être au prochain surplus, je ne serai pas capable!* ».

Qu'est-ce qui différencie ces deux individus? Ça n'est pas la situation en cause mais plutôt leur façon d'y réagir. Tout d'abord, le premier accepte qu'un surplus de travail ponctuel puisse occasionner une augmentation d'inquiétude et de stress; de plus, il utilise certaines solutions et en envisage d'autres (prendre 2 heures dimanche matin) ce qui l'aide à composer avec la situation. Finalement, il remarque sa réussite et éprouve de la satisfaction. En contrepartie, le second individu a dramatisé le fait d'être plus inquiet et stressé depuis quelques jours; il n'a aussi envisagé qu'une seule solution, soit de terminer son travail vendredi. De plus, il n'a perçu que ses difficultés et a complètement omis de voir qu'il a réussi à atteindre son objectif. Il ne peut donc qu'appréhender la prochaine fois!

Évidemment, il y aura des moments où vous serez plus susceptible d'avoir des inquiétudes excessives qui pourront nuire à votre qualité de vie. Plusieurs de ces situations ont cet effet chez une majorité de gens (ex., se retrouver en période de stress important, être très fatigué, se sentir « down », ou tout simplement certains moments de la semaine, du mois ou de l'année).

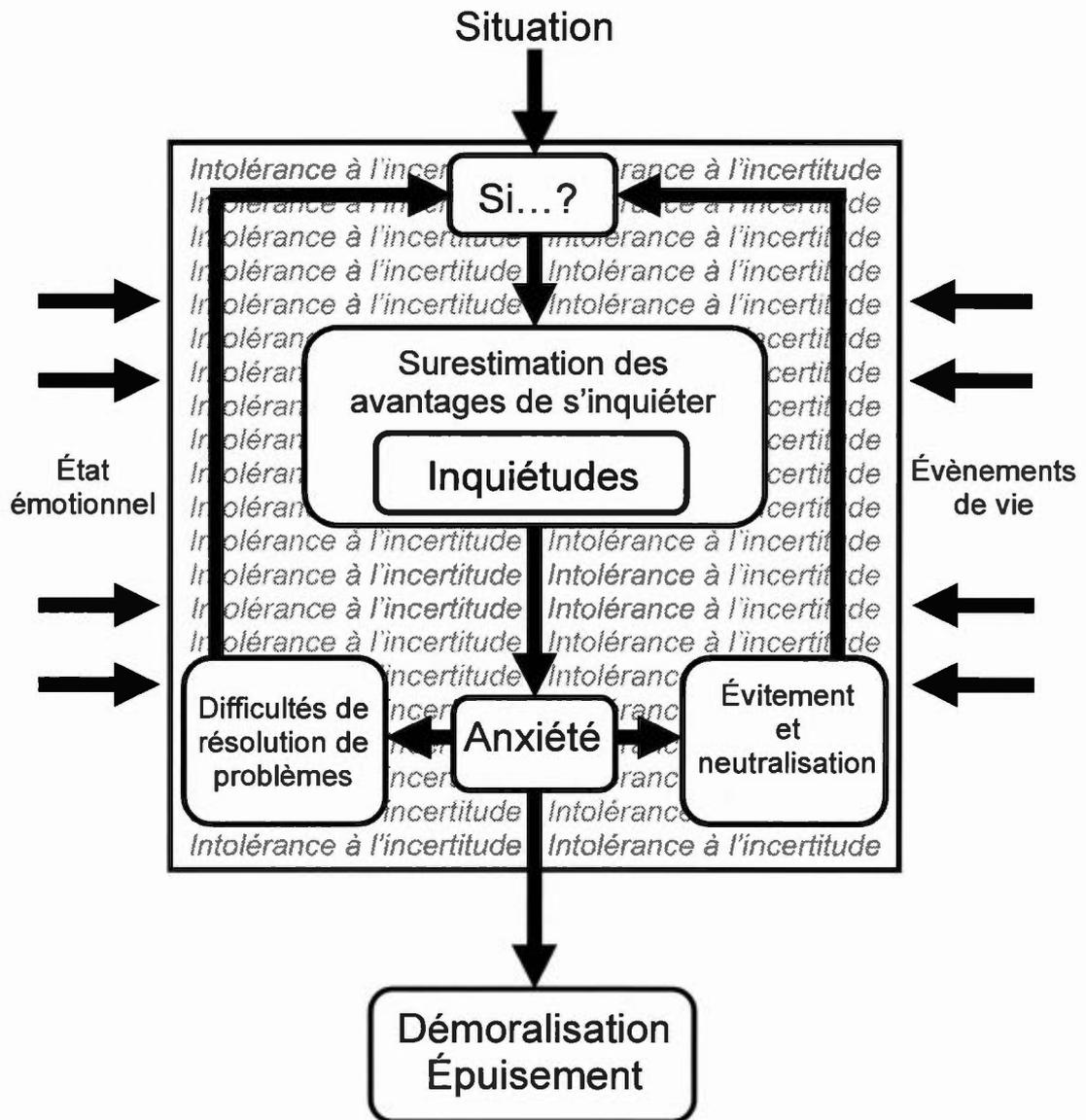
Enfin, on considère que les « périodes difficiles » sont une occasion de mettre en pratique les connaissances acquises et utilisées durant votre démarche thérapeutique. Elles ne sont pas des échecs ou des rechutes. Le fait d'avoir plus d'inquiétudes de temps en temps vous donne simplement l'occasion d'appliquer vos connaissances et vous donne une meilleure protection à long terme contre les inquiétudes excessives qui nuisent à votre qualité de vie.

Exercices du module 6 :

Fixez-vous des objectifs personnels. Indiquez quelles sont les inquiétudes pour lesquelles vous devez poursuivre le travail et identifiez quels moyens vous utiliserez pour y arriver.

Prenez le temps de relire le présent manuel une fois par mois; identifiez les moments appropriés pour le faire.

Modèle 6 : Émotions et évènements



OBJECTIFS POUR POURSUIVRE VOTRE ÉVOLUTION

No. Participant :

Date :

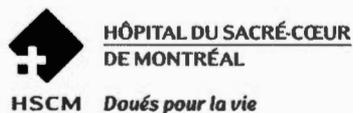
Le but de cet exercice est d'identifier les inquiétudes sur lesquelles vous voulez continuer à travailler, et de préciser les moyens que vous allez utiliser pour y arriver.

Objectif 1 : _____

Moyens : _____

Objectif 2 : _____

Moyens : _____



TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Manuel du Thérapeute

Version originale :

Michel J. Dugas, Éliane Léger, Mark H. Freeston et Robert Ladouceur (2000)

Dernière révision

Michel J. Dugas et Stéphane Bouchard (2013)

Correspondance : Michel J. Dugas, Ph.D., Professeur de psychologie, Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, 283 boulevard Alexandre-Taché, bureau C-2807, Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau, Qc, J8X 3X7; Tél : +1 819 595 3900 x2509; Courriel : michel.dugas@uqo.ca

Structure du traitement

Module	Nombre habituel de rencontres
1. Symptômes du TAG et principes de la TCC	1
2. Questionner l'utilité de s'inquiéter	1
3. L'intolérance à l'incertitude	3
4. La résolution de problèmes	4
5. L'exposition écrite	4
6. Résumé et prévention de rechute	2
Durée du traitement:	15 rencontres hebdomadaires

MODULE 1

Symptômes du trouble d'anxiété généralisée et principes de la thérapie cognitivo-comportementale

Agenda du module 1

1. *Présentation des symptômes du TAG (modèle)*
 2. *Définition de l'inquiétude*
 3. *Présentation du traitement*
 - *Les principes de la TCC*
 - *Les objectifs du traitement et les attentes du client*
 - *La phase préparatoire*
 4. *Présentation de l'auto-enregistrement quotidien et des exercices*
 5. *Résumé sur le modèle des symptômes et des principes de la TCC*
 6. *Prise de conscience des inquiétudes*
-

Présentation du Modèle 1 – Les symptômes du trouble d'anxiété généralisée

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG) fait partie d'une catégorie diagnostique appelée « troubles anxieux » qui regroupe les différents problèmes d'anxiété sévère. Le TAG est un des troubles les plus répandus puisqu'on l'observe chez environ 3% de la population générale. Il se manifeste par les symptômes suivants :

- de l'inquiétude et de l'anxiété excessive à propos de situations ou activités la plupart du temps, depuis au moins 6 mois;
- de la difficulté à contrôler cette inquiétude;
- la présence d'au moins trois des six symptômes suivants :
 1. agitation ou sensation d'être survolté
 2. fatigabilité
 3. difficulté de concentration ou trous de mémoire
 4. irritabilité
 5. tension musculaire/courbature
 6. difficultés de sommeil

Un modèle du TAG qui reflète tant les symptômes de ce trouble que les facteurs qui contribuent à son développement et à son maintien a été développé par notre équipe de recherche. Ce modèle représente notre compréhension des mécanismes qui maintiennent le problème en place ou en d'autres mots, des différents « moteurs » de l'inquiétude excessive et de l'anxiété résultante. Dans un premier temps, nous nous attarderons à l'axe central du modèle et qui représente les symptômes du TAG. Il comprend la situation, les « Si... ? », l'inquiétude, l'anxiété, la démoralisation et l'épuisement. Au fur et à mesure que la thérapie progressera, on ajoutera des éléments autour de cet axe pour en arriver au modèle complet du TAG. Les éléments

qui s'ajouteront graduellement sont les facteurs que nos travaux de recherche ont identifiés comme contribuant significativement à la tendance à s'inquiéter de façon excessive. Conséquemment le traitement ciblera ces différents facteurs.

Le premier modèle du TAG (l'axe central) représente les éléments énumérés précédemment. On y voit d'abord que c'est la situation qui est le déclencheur de l'inquiétude excessive; il s'agit donc ici de n'importe quel événement ou même souvenir d'évènement qui entraîne une question « Si...? ». Par exemple, un malaise physique chez soi ou un proche, la température, ou une rencontre. Par la suite, le modèle illustre les questions « Si... ? », qui sont les questions que l'on se pose et qui commencent par « Si... » ou l'équivalent, comme par exemple : « *il se peut que...* » « *tout à coup que...* ». La présence de ces questions n'est pas problématique en soi, mais elles sont la porte d'entrée aux inquiétudes excessives. Les inquiétudes, quant à elles, sont les pensées enclenchées par les questions « Si...? ». Ce sont habituellement plusieurs idées qui s'enchaînent, comme par exemple : « *Si mon contrat n'est pas renouvelé l'an prochain, je ne sais pas comment je ferai pour payer toutes les choses que j'ai à payer, je n'aurai plus aucun surplus, je vais être pris à la gorge, je ne pourrai peut-être pas garder ma voiture, etc.* » L'anxiété est le malaise que l'individu ressent en même temps qu'il s'inquiète; elle peut avoir des manifestations physiques (par exemple tensions musculaires, fatigue, insomnie) et psychologiques (se sentir irritable, nerveux, avoir des difficultés de concentration). Finalement, la démoralisation et l'épuisement sont des états qui peuvent survenir fréquemment suite aux inquiétudes et à l'anxiété persistantes. Ce sont des conséquences à moyen terme de l'enchaînement « situation - question 'Si...?' - inquiétudes - anxiété ». En effet, les gens souffrant du TAG ressentent périodiquement un sentiment de démoralisation à cause des fréquentes pensées négatives que sont les inquiétudes, et un épuisement dû à l'anxiété vécue à répétition.

Selon ce modèle, la situation et les questions « Si...? » ne constituent pas des cibles de traitement. En effet, comme il vient d'être mentionné, la situation n'est que le déclencheur et les questions « Si...? » la porte d'entrée qui mène aux inquiétudes excessives. Le fait de vivre des situations pouvant déclencher des inquiétudes n'est pas unique aux personnes souffrant du TAG. De même, le fait de se poser des questions débutant par une supposition est un phénomène courant et non pathologique en soi. Cependant, la façon dont l'individu « répond » à ces questions conduira ou non aux inquiétudes, à l'anxiété, à la démoralisation et à l'épuisement.

Définition de l'inquiétude

Comme l'inquiétude est l'élément central du TAG, il importe de bien la définir. L'inquiétude est un ensemble de pensées qui s'enchaînent, au sujet d'évènements négatifs futurs, et qui est accompagné d'anxiété. Trois éléments sont particulièrement importants dans cette définition :

1. « L'inquiétude est un ensemble de pensées... » : Les pensées sont des phénomènes cognitifs, l'inquiétude se passe donc « entre les deux oreilles ».
2. « ...au sujet d'évènements négatifs futurs... » : Les inquiétudes concernent toujours ce qui va se passer dans l'avenir (proche ou lointain) à propos d'une situation quelconque. Il peut arriver que les inquiétudes soient associées à une situation passée, mais ce sont les implications futures de cet évènement qui préoccupent de façon excessive l'individu! De

plus, lorsqu'ils s'inquiètent, les gens anticipent des conséquences négatives, et non pas des choses positives ou neutres.

3. « ... qui est accompagné d'anxiété » : Le phénomène cognitif de l'inquiétude en est un d'anticipation négative. Il est donc toujours accompagné d'un certain malaise physique et psychologique qu'on appelle anxiété. L'intensité de cette anxiété peut varier fortement.

Il existe aussi une différence importante entre la planification et l'inquiétude : Alors que la planification envisage les implications positives et négatives d'une situation, l'inquiétude ne sera centrée que sur ses aspects négatifs de la situation.

Le thérapeute peut illustrer cette différence par la présentation de la courbe en U inversé de la performance à résoudre des problèmes versus l'inquiétude (ou l'anxiété). Ceci permet à l'individu de constater que, jusqu'à un certain point, l'inquiétude peut avoir un effet positif sur sa performance à résoudre des problèmes, mais qu'au-delà de celui-ci, et donc, à partir du moment où l'inquiétude devient excessive, un effet négatif s'installe.

Principes de la thérapie cognitivo-comportementale

Le deuxième volet de la psychoéducation réfère à la thérapie cognitivo-comportementale comme telle. En présentant les différents principes de la thérapie, le thérapeute s'assure que le client en comprenne bien les objectifs et ait des attentes réalistes quant aux résultats possibles. Ainsi, le client se trouve mieux préparé pour collaborer adéquatement à son traitement.

Cette thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a été développée par notre équipe de recherche. Il s'agit d'un traitement qui est spécifique au TAG en ce sens qu'il cible les différents processus impliqués dans la tendance à s'en faire de façon excessive. Cette TCC est basée sur un modèle des troubles émotionnels qui met en relation les comportements, les pensées et les émotions des individus (*Le thérapeute discute d'un exemple pour illustrer l'interrelation émotion-comportement-cognition*). Quand une personne commence une thérapie, elle ne comprend pas nécessairement très bien d'où vient son anxiété. La TCC vise à fournir une nouvelle compréhension du problème vécu. Cette thérapie fonctionne selon un processus de découvertes graduelles, c'est-à-dire que le client formule des hypothèses et évalue la véracité de ces hypothèses à l'aide des informations obtenues par les expériences vécues en cours de thérapie. Dans la même veine, le client est invité à développer des nouvelles habiletés telles que générer des idées (explications alternatives au problème vécu), tester des solutions et évaluer les résultats. Pour favoriser le développement de ces nouvelles habiletés chez le client, la TCC s'appuie sur une collaboration active entre celui-ci et le thérapeute. Ils sont vus tous les deux comme des experts; le client connaît bien ses difficultés et les différentes manifestations qu'elles peuvent avoir dans sa vie, tandis que le thérapeute amène une façon de comprendre ces difficultés et des suggestions pour les solutionner.

Comme le but de la thérapie est de développer de nouvelles habiletés chez le client pour en venir à l'autonomie face à ses difficultés, les suggestions de solution sont amenées sous forme de questions au client le plus souvent possible. La TCC se veut aussi brève et structurée. Elle s'échelonne donc sur une période de 15 semaines à raison d'une rencontre de 50 à 60 minutes par semaine. Une thérapie plus longue pour traiter l'anxiété n'est pas nécessaire et

habituellement peu souhaitable. Une thérapie courte et délimitée dans le temps favorise l'autonomie (diminue les risques de dépendance) et la prise en charge du client par lui-même par rapport au thérapeute. La structure présente tout au long de la thérapie permet de rassurer le client (il sait où il s'en va) tout en favorisant l'apprentissage. Une autre caractéristique de la TCC est qu'elle est centrée sur le présent en ce sens que le thérapeute et le client s'attardent à travailler sur ce qui est « hot » en ce moment parce que c'est ce qui est le plus efficace et le plus productif (apprendre de l'expérience présente est beaucoup plus utile pour améliorer le futur que de parler du futur). Finalement, en conséquence du fait que l'unique rencontre hebdomadaire est insuffisante pour changer des problèmes d'anxiété qui durent souvent depuis plusieurs années, la TCC voit comme partie intégrante du traitement les exercices faits entre les rencontres. La nécessité de ces exercices est incontestable! Ces pratiques et expérimentations fréquentes (pour ne pas dire quotidiennes!) découlent des buts d'obtenir des gains aussi rapides et durables que possible (plus on pratique un nouveau comportement, plus on devient habile) et de développer l'autonomie du client (en prenant conscience qu'il est capable de faire telle chose sans la présence du thérapeute).

L'évitement : Une notion importante pour tous les troubles anxieux

Un des facteurs d'entretien de tous les troubles anxieux (incluant le TAG) est l'évitement. En effet, l'anxiété produit des sensations désagréables que l'on peut vouloir faire disparaître le plus vite possible. Une façon de faire consiste à éviter ou à fuir la situation dans laquelle nous sommes ou à laquelle nous pensons. Par exemple, une personne qui se sent mal dans un centre commercial pourra être portée à quitter subitement cet endroit (elle fuit). Par la suite, elle pourra éviter d'y retourner pour ne pas ressentir la même sensation de nouveau. C'est l'évitement comportemental. Le problème, c'est qu'en évitant de retourner dans le centre commercial, elle n'aura pas la chance de constater qu'elle est capable d'y aller et qu'il n'arrive pas réellement de catastrophe quand elle y va. Il peut aussi y avoir de l'évitement cognitif ou de la neutralisation. Ces deux termes font référence à toutes les façons utilisées pour éviter de penser à ce qui nous rend anxieux. Par exemple, on peut essayer de penser à autre chose, essayer de se distraire en faisant une activité, etc. Malheureusement, lorsque l'on ne veut pas penser à quelque chose, c'est souvent cette idée qui nous revient le plus en tête! Les gens qui souffrent de TAG ont tendance à éviter l'incertitude, notamment en essayant de se rassurer et en s'inquiétant.

Peu importe les stratégies que vous adoptez pour faire diminuer l'anxiété (fuite, évitement comportemental, évitement cognitif ou neutralisation, tenter de se rassurer, etc.), celles-ci vous empêchent d'apprendre que les catastrophes anticipées ne se produisent pas, qu'on est capable de faire face aux situations difficiles et que, de toute façon, l'anxiété finit toujours par diminuer toute seule après un certain temps. Toutes ces notions seront abordées de façon détaillée en cours de la thérapie, mais il est important de les présenter sommairement dès les premières rencontres.

Structure des rencontres

Le thérapeute présente la structure des rencontres de thérapie à venir.

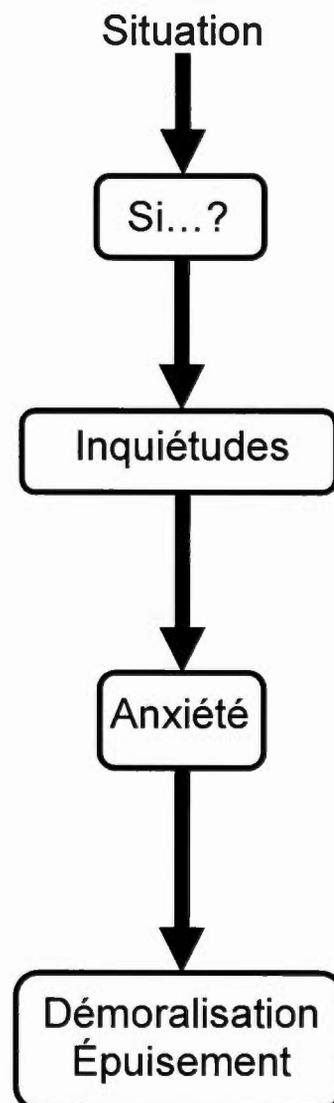
1. Retour sur la dernière rencontre et sur les exercices faits pendant la semaine, et discussion des résultats obtenus, conclusions tirées, obstacles rencontrés, etc.
2. Nouvelles informations données par le thérapeute.
3. Discussion sur les applications de ces nouvelles informations.
4. Explication des exercices à faire pendant la semaine :
 - les feuilles d'exercice
 - le texte à lire (s'il y a lieu)
 - le carnet d'auto-enregistrement

Carnet d'auto-enregistrement

Le thérapeute présente au client le raisonnement derrière l'auto-enregistrement et la façon de le compléter. L'inquiétude peut être présentée comme une pensée automatique à l'aide de l'exemple de la conduite automobile. Le thérapeute aide le client à distinguer l'inquiétude de l'anxiété, dans un premier temps, puis l'anxiété de la dépression.

Exercice du module 1 :

Prise de conscience des inquiétudes : Comme son nom l'indique, l'exercice en est un de prise de conscience des inquiétudes dans le quotidien. Le client est invité à noter ses inquiétudes 3 fois par jour, aux moments prédéterminés et à noter son niveau d'anxiété à ces moments, sur une échelle de 0 à 8.

Modèle 1 : Symptômes du trouble d'anxiété généralisée

MODULE 2

Questionner l'utilité de s'inquiéter

Agenda du module 2

1. Retour sur l'auto-enregistrement et l'exercice de prise de conscience des inquiétudes
 2. Présentation du processus de changement et des obstacles possibles
 3. Identifier l'utilité de s'inquiéter ainsi que les inconvénients
 4. Présentation des exercices
 - Relire et/ou compléter la liste « utilité vs inconvénients de s'inquiéter »
 - Exercice de l'avocat du diable
-

Le thérapeute informe le client que questionner l'utilité de s'inquiéter est la deuxième stratégie à mettre en place pour l'aider à mieux gérer ses inquiétudes.

Présentation du Modèle 2 – La surestimation de l'utilité de s'inquiéter

Un individu qui s'inquiète de façon excessive peut constater qu'il a de la difficulté à apprécier le moment présent ou qu'il a beaucoup de difficulté à se détendre. Paradoxalement, il peut arriver que tout en percevant des inconvénients au fait de s'inquiéter, l'individu puisse voir une utilité comme le fait d'être plus prévoyant, par exemple. L'individu se trouve alors tiraillé entre deux motivations contradictoires : vouloir s'inquiéter moins d'une part et vouloir continuer de s'inquiéter d'autre part (pour continuer d'être prévoyant).

Pour entamer la discussion sur le sujet, le thérapeute demande au client s'il a déjà réfléchi à l'utilité de s'inquiéter; en d'autres mots, à quoi ça lui sert de s'inquiéter autant ? Le thérapeute peut tenir le discours suivant : « *Si vous maintenez ce comportement depuis plusieurs années c'est probablement parce que vous y voyez une forme d'utilité. Peut-être ne vous en rendez-vous pas compte. Il est important d'explorer l'utilité que vous voyez à vous inquiéter. Dans un premier temps, nous allons donc examiner les différentes utilités qu'il peut y avoir à s'inquiéter.* »

Le client rédige la liste avantages/désavantages à s'inquiéter avec le thérapeute. Il est important de laisser le client trouver ses propres avantages. La réflexion peut nécessiter quelques minutes de silence. Les clients qui débutent une démarche thérapeutique perçoivent généralement plus facilement les inconvénients de s'inquiéter. Si après un temps de réflexion, le client ne perçoit aucune utilité, le thérapeute peut nommer les principales croyances soulevées dans la littérature sur le TAG et voir avec le client s'il entretient l'une ou l'autre de ces croyances.

S'inquiéter permet de résoudre des problèmes ou prévenir le pire

La personne croit que s'inquiéter l'amène à trouver de meilleures solutions, à agir de façon plus réfléchie, à se motiver pour agir, à prévenir que des problèmes ne surviennent ou à parer aux imprévus.

S'inquiéter nous protège des émotions négatives

La personne croit qu'en s'inquiétant des pires éventualités, elle vivra moins de déception, de culpabilité ou de tristesse si l'évènement arrive.

S'inquiéter nous permet d'influencer le comportement des autres

La personne croit que s'inquiéter est une façon de montrer son soutien à ses proches, leur démontrer son amour et les aider à résoudre ou prévenir leurs problèmes.

S'inquiéter peut modifier le cours des évènements (pouvoir de la pensée)

La personne croit qu'en s'inquiétant d'un évènement positif ou négatif, elle pourra favoriser la survenue d'un évènement ou au contraire en empêcher la survenue. Cette croyance peut avoir un impact important sur la technique d'exposition, le thérapeute devra donc se montrer vigilant.

S'inquiéter fait partie de notre personnalité

La personne croit que la tendance à l'inquiétude représente un trait immuable de son caractère ou de sa personnalité et qu'à cause de ça, elle ne peut changer.

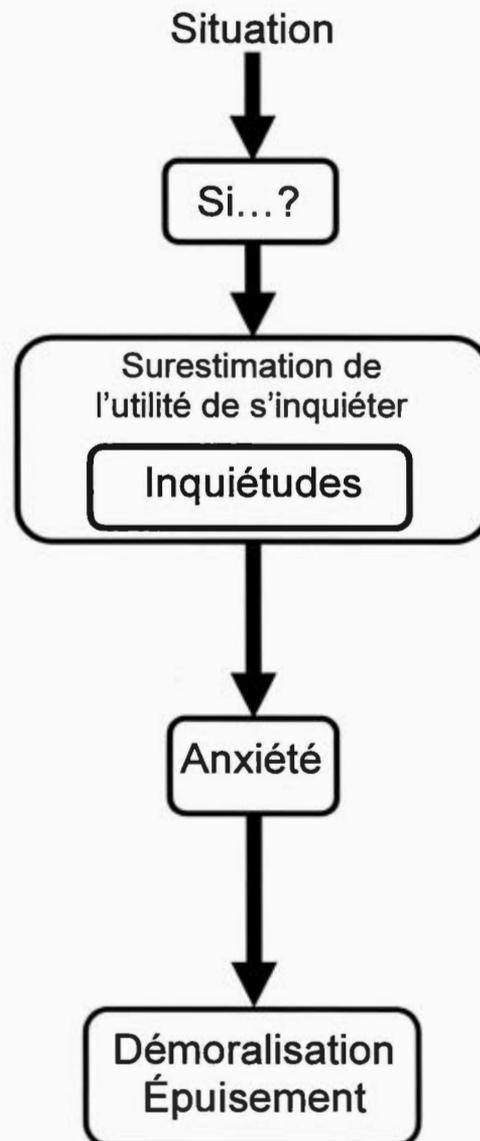
Maintenant que le client perçoit mieux l'utilité de s'inquiéter, il doit pousser un peu plus loin sa réflexion sur ce thème. L'objectif du second exercice est de réévaluer les utilités perçues afin d'en avoir une autre perception. Pour ce faire, nous proposons l'exercice de l'avocat du diable. Il s'agit de prendre chaque utilité perçue et de trouver, dans un premier temps, des preuves que cette utilité est bien réelle et dans un deuxième temps, trouver des contre-arguments qui invalident la théorie. Il s'avère pertinent que le thérapeute illustre les principes de l'exercice en trouvant des contre-arguments à une des utilités soulevées par le client dans la rencontre.

Le début de la prochaine rencontre servira à faire un retour sur l'exercice de l'avocat du diable. L'objectif sera de favoriser le discours de réévaluation de l'utilité de s'inquiéter. Le thérapeute pourra aussi questionner les contre-arguments soulevés pour vérifier à quel point le client les a intégrés. Il pourra aussi soulever d'autres contre-arguments qui auraient pu être oubliés. Il est important que le thérapeute reconnaisse que les personnes souffrant de TAG devraient retenir que s'inquiéter n'est jamais utile.

Suite à ces rencontres, le thérapeute invitera le client à questionner l'utilité de s'inquiéter lorsqu'il aura identifié une inquiétude excessive. Questionner l'utilité de s'inquiéter doit donc devenir un nouveau comportement à mettre en place dans le processus de gestion des inquiétudes.

Exercices du module 2 :

1. Liste des avantages et désavantages de s'inquiéter : Selon les besoins, le client relit ou complète cette liste.
2. Exercice de l'avocat du diable

Modèle 2 : Surestimation de l'utilité de s'inquiéter

MODULE 3

Intolérance à l'incertitude

Agenda du module 3

1. Retour sur les exercices (*carnet d'auto-enregistrement, questionner l'utilité de s'inquiéter*)
 - Définition de l'intolérance à l'incertitude et ses manifestations
 - Lien entre l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes excessives
 - Importance de cibler l'augmentation de la tolérance à l'incertitude
 2. Présentation des exercices
 - Manifestations personnelles d'intolérance à l'incertitude (*renc.3*)
 - Choix d'une action pour augmenter la tolérance à l'incertitude (*renc.4-5*)¹
-

Présentation du Modèle 3 – L'intolérance à l'incertitude

Selon nos travaux, le facteur principal qui contribue à la tendance à s'inquiéter est l'intolérance à l'incertitude. L'incertitude c'est le fait de ne pas être sûr de quelque chose. Les gens qui s'inquiètent excessivement réagissent fortement à l'incertitude : ils sont intolérants, voire même allergiques à l'incertitude. Qu'est-ce que l'intolérance à l'incertitude? C'est la difficulté à accepter qu'un événement négatif puisse se produire malgré sa faible probabilité. L'intolérance à l'incertitude est considérée comme la toile de fond dans laquelle baigne tout le modèle du TAG (voir modèle).

Pour illustrer ce qu'est l'intolérance à l'incertitude, le thérapeute peut donner l'exemple suivant : « Monique et Josée sont toutes deux référées pour une échographie abdominale suite à des maux de ventre récurrents. Monique demande à son médecin les causes possibles de son malaise, s'informe de la procédure de l'examen et prend son rendez-vous. Pendant les jours qui suivent, elle pense à l'investigation et se sent anxieuse. Toutefois, elle se dit qu'il s'agit d'un examen qui permettra de mieux comprendre ce qui cause ses malaises. Elle continue de vaquer à ses occupations et ne pense pas trop à l'investigation. De son côté, Josée pose plusieurs questions à son médecin. Elle cherche à être rassurée qu'elle ne soit pas atteinte de cancer. Pendant les jours qui suivent, elle pense fréquemment à l'investigation, s'imagine qu'elle aura un cancer, qu'elle aura des traitements incommodes, qu'elle pourrait mourir et que ses enfants devront vivre sans elle. Pour se calmer, elle cherche des informations sur internet et demande à son conjoint de la rassurer sur son état. Malgré tout ce que les gens lui disent, elle continue de se sentir anxieuse et a de la difficulté à dormir ».

¹ À partir de cette étape, il sera demandé au client de rapporter très brièvement à chaque rencontre un exercice comportemental visant l'augmentation de la tolérance à l'incertitude.

Cet exemple démontre à quel point deux personnes peuvent réagir de façon différente à l'incertitude. Monique est plus tolérante à l'incertitude : elle ne dramatise pas la situation et attend l'examen de façon plus détendue. Contrairement à Monique, Josée tolère mal l'incertitude : elle imagine tout de suite le pire scénario, cherche en vain la réassurance et présente plusieurs symptômes d'anxiété ».

Comment l'intolérance à l'incertitude mène-t-elle à l'inquiétude?

Les personnes intolérantes à l'incertitude se posent plus de questions « Si...? » face à une situation donnée que celles qui tolèrent mieux l'incertitude. Le fait de se poser ces questions « Si...? » amène les gens à entrevoir plus facilement les aspects négatifs d'une situation (donc à s'inquiéter!). Le thérapeute peut faire référence à l'exemple donné précédemment : « *Dans le cas de Josée, par exemple, l'examen médical est synonyme d'un problème grave (« et si jamais c'était un cancer ?»; « et si je devais faire de la chimiothérapie ? »; « et si je devais mourir? »). Josée se pose plus de question « Si » ce qui lui ouvre la porte à l'inquiétude ».*

De plus, les personnes intolérantes à l'incertitude réagissent plus fortement que les autres, entre autres parce qu'elles sont portées à mal estimer la probabilité des diverses éventualités entrevues. Le thérapeute peut revenir à l'exemple mentionné : « *Josée surestime le risque d'avoir un cancer. Sur la base d'une demande d'investigation, elle a tendance à croire qu'il y a une forte probabilité d'avoir le cancer – peut-être même une chance sur deux! La veille de l'examen médical, elle pourrait même être « convaincue » qu'elle aura le cancer!* ».

Par ailleurs, même si elle réussissait à ne pas surestimer la probabilité des diverses éventualités, elle aurait beaucoup de difficulté à accepter qu'il ne soit pas entièrement impossible que cela puisse se produire. Elle pourrait s'imaginer, par exemple, divers scénarios de maladie et leurs conséquences successives. C'est ce qui forme l'enchaînement des inquiétudes excessives. Bref, plus on est intolérant à l'incertitude, plus on se pose de questions « Si », plus on surestime les risques ou les conséquences négatives, ce qui ouvre la porte à l'inquiétude.

Le thérapeute peut demander au client de lui donner un exemple personnel d'une situation où il a réagi à l'incertitude et de décrire comment cela l'a amené à s'inquiéter.

Que faire face à l'incertitude ?

L'intolérance à l'incertitude amène les gens à essayer de contourner ou d'éliminer cette incertitude par différents moyens dans le but d'augmenter leur certitude. Les moyens utilisés pour contourner l'incertitude se regroupent sous deux grands modes : éviter ou trop réagir.

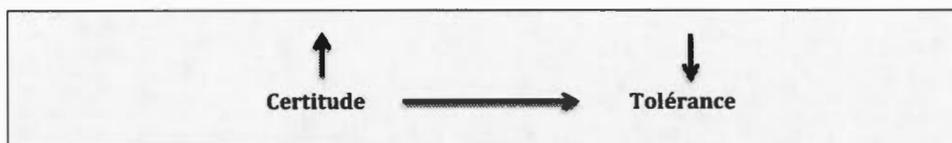
Évitement ←————→ Sur-réaction	
« Procrastiner » Trouver des obstacles artificiels S'engager partiellement S'éparpiller	Ne pas déléguer Revérifier Rechercher plus d'information Chercher réassurance Remettre en question les décisions Surprotéger

Bien qu'il apparaisse normal de vouloir contourner l'incertitude (puisque celle-ci est inconfortable et fait augmenter l'anxiété à court terme), il est important de comprendre que ce n'est pas un moyen efficace pour s'inquiéter moins. En fait, il produit plutôt l'effet contraire.

Premièrement, le fait est que vous continuez à vous inquiéter malgré vos efforts pour augmenter votre certitude. Au mieux, le soulagement est de courte durée. Le thérapeute peut revenir à l'exemple de Josée : « Elle se sent soulagée sur le moment lorsque son conjoint lui dit qu'elle n'a probablement pas le cancer, mais ses inquiétudes reviennent très rapidement. Elle doit alors trouver une autre stratégie pour se rassurer (ex. aller voir sur internet) ».

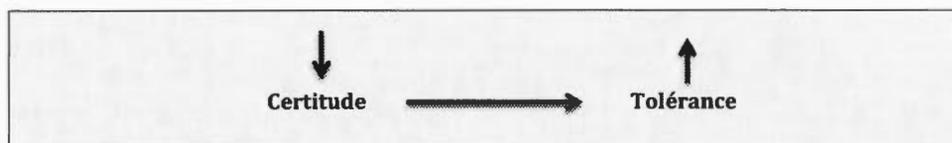
Deuxièmement, la recherche de certitude est vaine puisque l'incertitude fait partie de la vie. Il est impossible d'être à 100% certain de tout, donc la recherche de certitude vous condamne à vous inquiéter. Ainsi, par exemple, il s'avère judicieux de faire des placements en prévision de sa retraite. Toutefois, le fait de vérifier à chaque semaine les fluctuations de la bourse pour s'assurer de ne pas perdre d'argent ne garantit pas de ne jamais subir de déboires financiers (il pourrait arriver un crash boursier). De la même façon, il est recommandé de faire un bilan de santé annuel chez le médecin, mais d'y aller fréquemment en vue de déceler des problèmes potentiels ne garantit pas qu'on reste en santé toute notre vie. En effet, une variété de facteurs hors de notre contrôle peut influencer le cours des évènements.

La recherche de certitude diminue plutôt la tolérance à l'incertitude. Le diagramme suivant illustre qu'en cherchant à augmenter sa certitude (contourner l'incertitude), on diminue du même coup sa tolérance à l'incertitude (le problème de fond), ce qui contribue à maintenir la porte ouverte aux inquiétudes. Par exemple, si à la moindre apparition d'un symptôme physique vous cherchez à vous faire rassurer ou chercher frénétiquement des informations sur internet, il est probable que vous répétiez ces comportements la fois suivante. En effet, ces comportements de vérification alimentent l'idée qu'il pourrait être grave de ne pas vérifier.



Quoi faire : augmenter sa certitude ou augmenter sa tolérance à l'incertitude ?

Maintenant que l'on sait que la recherche de certitude maintient l'intolérance à l'incertitude, il est pertinent de se demander quoi faire? En fait, il s'agit d'inverser sa façon habituelle d'agir : plutôt que de chercher à augmenter sa certitude, les efforts doivent être mis à augmenter sa tolérance à l'incertitude tel qu'illustré par le diagramme suivant.



C'est une chose de savoir qu'on est intolérant à l'incertitude. Cependant, c'en est une autre de changer! L'action est un moyen privilégié pour modifier ses habitudes. En effet, on augmente sa tolérance à l'incertitude en posant des actions concrètes comme si on était tolérant à l'incertitude. Pour illustrer ce phénomène, le thérapeute peut utiliser l'exemple suivant : « *Souvenez-vous quand vous avez appris à conduire? Vous étiez probablement nerveux lors de vos premières sorties mais avec la répétition, cette nervosité s'est estompée si bien que vous conduisez maintenant sans réelle anxiété* ». Afin d'augmenter votre tolérance à l'incertitude, il faudra poser des gestes concrets qui visent à aider à accepter et à composer avec l'incertitude dans divers domaines de sa vie.

Dans un premier temps, il est essentiel d'identifier ses réactions personnelles face à l'incertitude. Ensuite, il faudra s'exercer plus concrètement à tolérer l'incertitude en passant à l'action.

Le thérapeute présente l'exercice des Manifestations d'intolérance à l'incertitude. Il est important de spécifier qu'à cette étape, il s'agit d'identifier ses manifestations personnelles face à l'incertitude. Au besoin, le thérapeute pourra rappeler les deux types de comportement (éviter ou trop réagir).

La prochaine rencontre consistera à faire un retour sur l'exercice et à identifier avec le client sa principale tendance face à l'incertitude (éviter ou trop réagir). Ensuite, le thérapeute aidera le client à choisir une action à poser (ou à ne pas poser) qui lui permettra d'apprendre

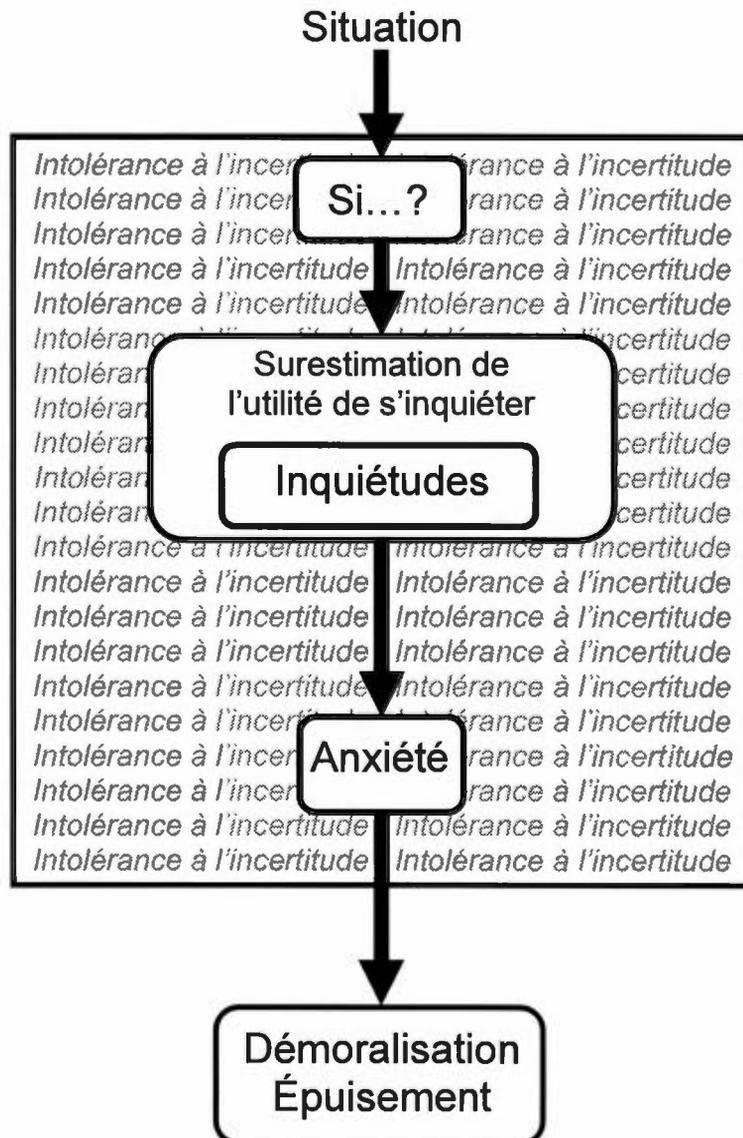
graduellement à augmenter sa tolérance à l'incertitude. Il est judicieux de commencer avec des actions qui ne sont pas trop difficiles. L'objectif est donc d'agir « comme si » il était tolérant à l'incertitude ou comme quelqu'un de son entourage qui le serait. Il est important d'informer le client qu'il ressentira probablement un inconfort à faire ou ne pas faire l'action choisie. Cela est dû à son manque d'habitude; par contre ce n'est pas parce qu'il ressent cet inconfort que cela signifie qu'il a tort de l'essayer. C'est normal de ressentir un malaise lorsqu'on essaie un nouveau comportement. De plus, plus on essaie quelque chose, plus on est motivé à le refaire. La motivation suit donc l'action et non l'inverse. On ne doit donc pas attendre d'être motivé avant d'essayer quelque chose.

L'exercice de tolérer l'incertitude devra être discuté à chaque début de rencontre. Le client devra identifier une nouvelle action à faire ou non. C'est avec la pratique régulière qu'il lui sera possible d'augmenter sa tolérance à l'incertitude, une autre stratégie lui permettant de mieux gérer ses inquiétudes.

Exercices du module 3 :

1. Manifestations de l'intolérance à l'incertitude : liste comprenant toutes sortes de manifestations de l'intolérance à l'incertitude vécues par des personnes souffrant du TAG. Il s'agit de la lire et d'indiquer celles qui sont présentes dans sa vie (peu importe la fréquence). Le client peut aussi ajouter des exemples personnels.
2. Choix d'une action pour augmenter la tolérance à l'incertitude : il s'agit de cibler une action à poser pendant la semaine et d'observer l'inconfort ressenti et les pensées pendant et après l'action.

Modèle 3 : Intolérance à l'incertitude



MANIFESTATIONS D'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

No. Participant :

Date :

Voici une série de manifestations d'intolérance à l'incertitude vécues et rapportées par des gens qui ont déjà consulté notre équipe. Ces exemples illustrent comment les gens se comportent face à toutes sortes d'incertitudes. Veuillez d'abord indiquer par oui ou non si vous vous reconnaissez dans chacune de ces manifestations et ajoutez vos exemples personnels dans chacune des catégories présentées.

1. Éviter de faire certaines choses. OUI : ____ NON : ____

Ex. : Éviter d'aborder un sujet délicat avec un ami car on n'est pas certain de sa réaction.

Ex. : Éviter de s'investir, de s'impliquer dans une thérapie parce que le résultat est incertain.

Exemple personnel : _____

2. Trouver des obstacles artificiels pour ne pas faire certaines choses, trouver des défaites.

OUI : ____ NON : ____

Ex. : Refuser un nouveau projet au bureau prétextant qu'on veut passer du temps avec les enfants.

Ex. : Ne pas faire un exercice qui serait bon pour soi en se disant d'avance qu'on ne sera pas capable d'endurer les désagréments que l'exercice causera.

Exemple personnel : _____

3. « **Procrastiner** » (remettre à plus tard ce qu'on pourrait faire maintenant).

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Remettre à plus tard un téléphone à faire parce qu'on n'est pas certain de la réaction qu'aura la personne à qui on veut parler, ou qu'on n'est pas certain d'être capable d'exprimer tout ce qu'on veut dire.

Ex. : Remettre à plus tard notre révision du taux hypothécaire parce qu'on est pas certain de la procédure à suivre.

Exemple personnel : _____

4. **Tout vouloir faire soi-même, ne pas déléguer les tâches à faire aux autres.**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Faire toutes les tâches au bureau parce qu'on n'est pas certain que ce sera bien fait par son collègue.

Ex. : Faire les lunchs de ses adolescents pour être certain qu'ils mangent de façon équilibrée.

Exemple personnel : _____

5. **S'engager partiellement (« à moitié ») dans une relation, un travail, un projet.**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : S'impliquer dans un projet mais se laisser la possibilité de se retirer si on rencontre un irritant.

Exemple personnel : _____

6. **S'éparpiller, poursuivre plusieurs démarches en parallèle (en même temps).**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Faire application dans des domaines différents pour augmenter ses chances de trouver un travail intéressant.

Exemple personnel : _____

7. **Rechercher plus d'informations avant d'aller de l'avant.**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Lire beaucoup de documentation.

Ex. : Demander les mêmes informations à plusieurs personnes.

Exemple personnel : _____

8. **Remettre en questions des décisions déjà prises, parce qu'on n'est plus certain que ce soit la meilleure décision.**

OUI : ___ NON : ___

Ex. : Décider de ne plus vendre sa maison alors que c'était prévu.

Ex. : Retourner un vêtement acheté parce qu'on n'est pas certain que cela met en valeur notre silhouette.

Quel genre de décision? _____

9. **Rechercher de la réassurance (poser des questions aux autres pour qu'ils nous rassurent).**

OUI : ____ NON : ____

Ex. : Demander à son partenaire de nous rassurer sur notre attitude dans telle ou telle situation.

Ex. : S'excuser à répétition pour notre retard au rendez-vous.

Auprès de qui? _____

Dans quel genre de situation? _____

10. **Se rassurer soi-même par un optimisme personnel exagéré, ou en cherchant toujours à tout s'expliquer rationnellement.**

OUI : ____ NON : ____

Ex. : Face à une tâche difficile, se dire « qu'on est capable, qu'on a déjà fait ça souvent, qu'on va y arriver », mais sans y croire vraiment.

Exemple personnel : _____

11. **Revérifier à plusieurs reprises des actions faites souvent machinalement parce qu'on n'est pas certain de les avoir faites.**

OUI : ____ NON : ____

Ex. : Relire un texte pour être sûr d'avoir bien compris.

Ex. : Vérifier si la porte de la maison est bien barrée en quittant la maison.

Quel genre de chose? _____

12. Surprotéger les autres, faire des choses à leur place.

OUI : ____ NON : ____

Ex. : Prendre des rendez-vous médicaux pour son conjoint.

Ex. : Empêcher son enfant d'aller dormir chez un ami.

Comme qui? _____

Pour quel genre de chose? _____

Y a-t-il d'autres façons que vous avez d'être intolérants à l'incertitude, des comportements qui n'entrent pas dans les 12 catégories énumérées ci-haut?

OUI : ____ NON : ____

Si oui, décrivez les ici.

INCERTITUDE ET CHANGEMENT DE COMPORTEMENT

No. Participant :

Date :

Description de l'action choisie :

Inconfort ressenti pendant l'action :

Pensées présentes pendant l'action :

Observations après avoir fait l'action :

MODULE 4

Résolution de problèmes

Agenda du module 4

1. Retour sur les exercices (carnet d'auto-enregistrement et actions de tolérance à l'incertitude)
 2. Présentation du modèle 4 : la résolution de problèmes
 1. Réaction face aux problèmes²
 2. Définition du problème et objectif
 3. Solutions alternatives
 4. Prise de décision
 5. Application et évaluation du résultat
 3. Présentation des exercices
 - résumé sur la résolution de problèmes
 - liste de problèmes actuels et récurrents
 - exemples de réaction inefficace face aux problèmes
 - résolution de problème complète ou partielle
-

Présentation du Modèle 4 – La résolution de problèmes

Lorsqu'on répertorie les inquiétudes présentes dans le quotidien de la personne qui souffre d'un TAG, on constate qu'une proportion significative concerne des problèmes actuels. Nos recherches antérieures ont démontré que des difficultés au niveau de la résolution de problèmes sont à l'origine d'inquiétudes et constituent ainsi un autre facteur qui contribue à la tendance à s'en faire. C'est pour cette raison que la TCC en cours cible ces difficultés en introduisant une stratégie de résolution de problèmes.

Les inquiétudes qui concernent un problème actuel, sont en grande partie entretenues par des difficultés au niveau de la résolution des problèmes. Les gens peuvent avoir des réactions initiales nuisibles ou « contreproductives » (attitude ou réaction émotive) face aux problèmes. On fait face à un problème sans réagir de façon constructive : au lieu de régler le problème, on continue à s'en inquiéter. Lorsqu'on a une telle réaction à l'égard des problèmes, on aura plus de difficulté à utiliser pleinement nos habiletés de résolution de problèmes. Et si on ne résout pas le problème, on aura tendance à continuer à y penser et... à s'inquiéter!

Les difficultés de résolution de problèmes peuvent aussi résulter d'une utilisation inefficace de nos habiletés à résoudre les problèmes. Par exemple, on peut essayer de solutionner un problème vague ou trop global au lieu de se faire une idée précise de ce qu'est le problème ou de le fractionner en sous-problèmes; on peut aussi se limiter à l'essai d'une seule solution et considérer que le problème est insoluble si elle ne fonctionne pas rapidement, etc.

² Le thérapeute pourra utiliser une rencontre pour la réaction face aux problèmes et environ trois rencontres pour les habiletés de résolution de problème proprement dites (définition, solutions, choix et évaluation).

Ainsi, on voit que les difficultés de résolution de problèmes jouent un rôle important dans le maintien des inquiétudes qui concernent des problèmes actuels. L'apprentissage d'une technique de résolution de problèmes s'avère donc une stratégie de choix pour cibler ces difficultés. Ce processus comprend les étapes suivantes :

1. Identification de sa réaction face au problème
2. Définition du problème et formulation des objectifs
3. Identification de solutions alternatives (« brainstorming »)
4. Prise de décision
5. Application de la solution et évaluation du résultat

1. Identifier sa réaction face au problème

La réaction face au problème est la première étape du processus de résolution de problème. Des réactions initiales inefficaces auront un effet sur toutes les étapes de la résolution de problème. Ces réactions peuvent se manifester de diverses façons.

A. Ne pas voir ses problèmes

Ne pas voir ses problèmes équivaut à « faire l'autruche » ou se « mettre la tête dans le sable ». Cette façon de réagir aux problèmes peut avoir comme effet d'aggraver la situation initiale. Un exemple de ce phénomène est de s'inquiéter de son rendement au travail sans identifier qu'on a un problème d'organisation de ses tâches. Ainsi, le problème persiste et peut même s'aggraver si on continue de l'ignorer. Le principe est assez simple : lorsqu'on reconnaît le problème, il est plus facile de se donner les moyens pour le régler. Un problème réglé n'est plus un problème et donc on ne s'en inquiète plus.

Comment mieux reconnaître ses problèmes?

a) être attentif à ses émotions

Lorsque l'on rencontre un problème, on réagit à celui-ci par une émotion négative comme de la tristesse, de l'anxiété, de la colère ou de la déception. Les émotions nous donnent de précieuses informations sur le monde qui nous entoure. Il s'agit en quelque sorte d'un signal d'alarme indiquant que quelque chose ne va pas, comme le voyant lumineux sur le tableau de bord indiquant que le niveau d'essence est bas. En étant plus attentif à soi, on peut plus facilement identifier les problèmes qui se cachent derrière nos émotions.

b) identifier ses problèmes actuels ou récurrents

Ce sont souvent les mêmes genres de problèmes qui reviennent dans notre vie. Une stratégie susceptible d'aider à mieux reconnaître les problèmes est de dresser la liste de nos problèmes actuels et récurrents. Ceux-ci peuvent inclure des situations anxiogènes ou irritantes ou toute autre situation suscitant une inquiétude. Cette liste nous permettra d'être moins surpris ou déstabilisé à l'arrivée de problèmes qui tendent à revenir ponctuellement.

B. Trouver anormal d'avoir un problème

La deuxième réaction contreproductive est de trouver anormal d'avoir un problème. Bien sûr, la majorité des gens sont conscients que les problèmes font partie de la vie. Toutefois, ils peuvent aussi trouver anormal d'avoir « certains » problèmes. Deux raisons différentes peuvent expliquer ce phénomène. Premièrement, le fait d'attribuer ce problème à un déficit personnel. Ces gens auront alors davantage tendance à se culpabiliser et à s'isoler plutôt que de mettre en place des moyens pour régler le problème. Deuxièmement, le fait de trouver injuste de rencontrer certains problèmes les amènera à passer plus de temps à s'indigner contre le fait d'avoir ce problème qu'à le solutionner.

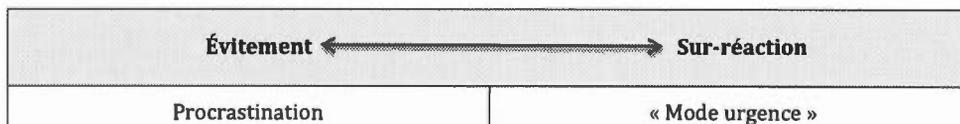
Comment voir le problème comme quelque chose de normal?

Il est important de normaliser le fait d'avoir des problèmes. Tout le monde a des problèmes, de petite ou de grande ampleur. Il faut aussi s'encourager et se rappeler que la majorité des difficultés sont surmontables. Pour contrer la tendance à se culpabiliser, il faut identifier tous les facteurs responsables de l'apparition du problème. Si la culpabilité persiste, il faut cultiver l'indulgence envers soi-même. Que dirait-on à un ami qui rencontrerait ce même problème? Comment l'encourager à se détacher de ce problème et à passer à l'action?

Par ailleurs, pour contrer la tendance à trouver injuste d'avoir ce problème, il faut prendre une distance par rapport à celui-ci. Au même titre que la stratégie précédente, il faut être indulgent envers l'autre et normaliser son erreur s'il y a lieu. Ressasser son sentiment d'injustice n'est pas utile mais au contraire, cela bloque la résolution du problème.

C. Éviter ou trop réagir face aux problèmes

La troisième réaction typique se divise en deux pôles : éviter ou trop réagir face aux problèmes. Il s'agit ici de deux expressions extrêmes du même continuum.



Il arrive souvent que les individus souffrant du TAG soient « paralysés » devant la survenue d'un problème. Ils évitent ou remettent à plus tard la résolution de situations problématiques. Ce comportement peut être lié à la perception menaçante que représente le problème. En effet, un problème est généralement synonyme d'incertitude : on ne sait quelle sera l'issue finale, on ignore si on réussira à le régler facilement ou non, on ne connaît pas le temps nécessaire à sa résolution, etc. Lorsque nous percevons les problèmes comme menaçants, nous avons peur et sommes freinés dans nos tentatives pour les résoudre. De plus, le fait de voir le problème comme une menace engendre de nouvelles questions « Si », ce qui alimente le cercle vicieux des inquiétudes.

À l'inverse, on peut se situer à l'autre extrémité du continuum, c'est-à-dire qu'on se met en mode « urgence » dès qu'une situation se présente. Certaines personnes ne peuvent pas tolérer d'avoir un problème « en suspens ». Devant l'incertitude que génèrent les situations problématiques, elles ont tendance à multiplier les interventions pour diminuer l'incertitude et regagner un sentiment de contrôle sur leur vie. Cela mène à traiter de « faux problèmes » ou des situations qui n'avaient pas encore atteint le statut de « problèmes ». Résultat? L'énergie déployée à régler ses problèmes se trouve gaspillée car certaines situations seraient peut-être rentrées dans l'ordre sans le recours à une intervention spécifique. Pour illustrer ce phénomène, prenons l'exemple d'un père qui s'inquiète des résultats scolaires de son fils qui réussit généralement très bien à l'école. Pourtant, dès qu'il a une moins bonne note, le père s'inquiète de l'avenir académique de son fils. Le père met alors en place un plan de match pour régler ce « faux problème ». En fait, un étudiant qui réussit bien peut avoir de moins bonnes notes à l'occasion sans que son avenir académique ne soit compromis. Le père confond donc inquiétude et problème.

Comment voir les problèmes pour ce qu'ils sont?

a) voir les problèmes en défi plutôt qu'en menace

Si la personne a tendance à figer devant les problèmes et évite de les résoudre, il sera utile de les voir plus comme des défis et moins comme des menaces. Reprenons l'idée d'un continuum, où d'un côté un problème est perçu totalement comme une menace et où, de l'autre, il est perçu totalement comme un défi. Il y a, bien sûr, une multitude de points où l'on peut se situer entre les deux. L'idée n'est pas nécessairement de tout prendre à 100% comme un défi, mais plutôt de ne pas toujours se situer à l'extrême gauche de l'axe, c'est-à-dire de voir tous les problèmes comme des menaces. Certains problèmes sont plus difficiles que d'autres, et il peut donc être plus difficile de les voir comme des défis à relever.



L'idée est de vous poser des questions telles que :

- « Est-ce qu'il peut y avoir une opportunité pour moi dans ce problème ? »
- « Ce problème représente-t-il une occasion d'apprendre quelque chose ? »
- « Quel serait le défi pour moi dans cette situation ? »
- « Quels sont les avantages à résoudre ce problème ? »
- « Y a-t-il quelque chose de bon qui ressort de ça ? »

Prenons l'exemple d'une personne qui habite loin de son travail. Elle s'inquiète à tous les matins de devoir prendre l'autoroute, anticipe la circulation difficile, craint d'arriver en retard et s'indigne de prendre un temps considérable pour ses déplacements quotidiens. Elle reconnaît que demeurer loin de son travail est un problème, mais ne s'y attarde pas car elle ne sait pas comment le régler. Elle n'envisage que quelques solutions qui lui semblent difficilement réalisables, soit de déménager ou changer d'emploi. Cette personne est freinée dans ses tentatives de résoudre le problème car elle a peur des conséquences qui pourraient découler de son choix. Si elle déménage, elle anticipe de devoir refaire ses habitudes dans un autre quartier, s'éloigner de ses proches, etc. Si elle change d'emploi, elle devra se réadapter à un autre environnement et avoir de nouvelles responsabilités. Ces « nouvelles » inquiétudes centrées sur de potentielles embuches rendent la situation encore plus menaçante. Bref, elle ne voit que le côté menaçant des choses, ce qui lui cause un grand désarroi. Elle évite donc de se pencher sur son problème et continue de s'inquiéter quotidiennement de ses déplacements au lieu d'essayer de régler la situation.

Après s'être demandée quel serait le défi pour elle dans cette situation ou qu'est-ce qu'elle pourrait gagner à se pencher sur ce problème, la personne en est venue à se dire : « Si je passais moins de temps dans l'auto pour me rendre au travail, je passerais plus de temps avec les enfants, je pourrais aussi avoir plus de temps pour faire les repas et donc je m'alimenterais mieux. Je serais aussi sans doute moins fatiguée et je serais moins irritable. Je pourrais peut-être même gagner quelques heures pour aller au gym. Certes, changer d'emploi est difficilement envisageable, par contre il y a sans doute d'autres solutions possibles. Ceci serait une bonne occasion d'améliorer ma qualité de vie et celle de ma famille... ».

b) arrêter et penser (*stop and think*) plutôt qu'agir en mode « urgence »

Si vous êtes plutôt du genre à réagir rapidement ou impulsivement à vos problèmes, la stratégie la plus utile est d'adopter une attitude plus posée lorsque vous faites face à des difficultés. Il est important pour vous de faire la distinction entre une inquiétude et un problème. Une situation pour laquelle on s'inquiète n'est pas forcément un problème. Ainsi, plutôt que de réagir dans l'immédiat, vous pourriez par exemple vous arrêter et prendre le temps de vous poser les questions suivantes : « Y a-t-il un problème ? » ; « Sur une échelle de 0 à 10, quel est son

niveau de gravité ? »; « Est-ce que le problème doit être réglé tout de suite? »; et « Quelles sont les conséquences si je ne m'y attarde pas maintenant? ». Prendre du recul aura sans doute un impact positif sur votre façon de concevoir le problème et la façon d'y remédier. Vous gaspillerez moins d'énergie et diminuerez les risques d'impacts négatifs découlant d'une réaction trop rapide. Le fait de ne pas agir prématurément s'avère par la même occasion un excellent exercice d'exposition à l'incertitude!

Le thérapeute peut commencer le module en questionnant le client sur sa façon de réagir aux problèmes avant d'aborder les différents types de réactions face aux problèmes. En fonction de ce qu'il observe chez le client, il mettra l'accent sur les réactions qui caractérisent le fonctionnement du client.

Exercices du module 4 (volet réaction face aux problèmes) :

1. Exemples de réaction contreproductive aux problèmes : le client coche les réactions qui s'appliquent à lui/elle.
2. Liste de problèmes : le client dresse une liste de problèmes actuels ou récurrents.

2. Définir le problème et formuler un objectif

Trois erreurs sont fréquemment commises faisant en sorte que cette étape est souvent escamotée. Une première erreur est de générer rapidement des solutions à partir d'un problème vague et confus (ex., « je n'arrive pas à mettre mes limites ») plutôt que sur un problème précis et concret (ex., « je suis incapable de dire non lorsqu'on me demande de faire du temps supplémentaire »). Une deuxième erreur est de s'attaquer à plusieurs problèmes en même temps (ex., « j'ai trop de dettes et je veux économiser pour m'acheter une maison ») plutôt qu'à un seul problème (ex., « je dois payer ma carte de crédit »). D'autres formulent le problème en termes émotifs (ex., « je suis stressé par mon travail ») plutôt que comme un comportement, (ex., « j'ai trop de dossiers à gérer et je manque de temps »). Un problème mal défini mènera souvent à des solutions partielles et rendra la démarche ardue ou décevante.

Lorsqu'on prend conscience d'un problème, il est d'abord essentiel de l'identifier de façon spécifique et concrète. Cette façon de faire permet de générer des solutions qui ont plus de chances d'être utiles. Afin de définir convenablement un problème, il est utile de se poser les questions suivantes :

- « *Qui est impliqué?* »
- « *Qu'est-ce qui se passe qui me dérange?* »
- « *Quand la situation se produit-elle ?* »

Les mêmes principes s'appliquent à la formulation d'objectifs personnels – ceux-ci doivent être spécifiques et concrets. Si les objectifs sont vagues et confus, comment savoir si on les a atteints? Seuls les objectifs précis et concrets permettront de savoir si notre démarche de résolution de problèmes sera couronnée de succès. Un deuxième grand principe vient s'ajouter à la formulation des objectifs personnels : ceux-ci doivent être réalistes et accessibles. La formulation d'objectifs peu réalistes et peu accessibles mènera presque toujours à la déception et à la perte de confiance en nos capacités de résolution de problèmes. Ainsi, un individu qui se fixe des objectifs, d'une part, spécifiques et concrets, et d'autre part, réalistes et accessibles, augmentera ses chances de devenir un « expert » de la résolution de problèmes.

Il est utile de formuler les objectifs sous forme de question telle que : « *Comment faire pour ...?* » ou « *Qu'est-ce que je peux faire pour...?* ». La formulation d'objectif nous permet donc d'arriver à une question qui sera le point de départ de la recherche de solutions. Des exemples de formulations de problèmes et d'objectifs sont illustrés dans le tableau suivant :

Définition du problème	Objectif
Mon réseau social est très pauvre actuellement et je me trouve souvent isolé.	Comment est-ce que je peux me faire de nouveaux amis?
Enseignante : J'ai une classe où plusieurs enfants parlent à des moments inopportuns et ne sont pas attentifs à mes explications.	Qu'est-ce que je peux faire pour que les élèves de ma classe soient plus attentifs et concentrés dans leur travail?
Parent : Ma fille adolescente respecte rarement l'heure de retour après ses sorties.	Comment est-ce que je peux amener ma fille à respecter le couvre-feu de façon plus régulière?
Je n'ai aucune réserve financière ni économies pour faire face à des imprévus.	Qu'est-ce que je peux faire pour mettre 50\$ de côté à chaque mois?

3. Identifier des solutions alternatives (« brainstorming »)

L'objectif de cette étape est de produire autant de solutions alternatives que possible afin de maximiser les chances que la meilleure solution soit parmi celles-ci. Alors que ce principe peut sembler très simple, nous savons que peu de gens produisent plusieurs solutions alternatives avant de prendre une décision lors de la résolution de problèmes. La plupart des gens génèrent une seule solution et appliquent celle-ci sans avoir pris le temps de penser à d'autres possibilités. Pourquoi? Parce qu'il y a des obstacles importants au fait de générer plusieurs solutions

alternatives. Le premier obstacle est l'habitude c'est-à-dire appliquer une solution habituelle à un nouveau problème (ex., téléphoner une amie pour régler un conflit avec elle). Alors que les habitudes peuvent parfois aider à résoudre des problèmes, elles peuvent souvent y nuire. Par exemple, lorsqu'on applique de vieilles habitudes à de nouveaux problèmes, il se peut que notre solution soit inefficace. Le deuxième obstacle concerne les convenances, c'est-à-dire faire ce qui est généralement attendu de faire dans une telle situation (ex., prêter de l'argent à son fils qui a de la difficulté à arriver). En suivant les convenances, on peut facilement avoir l'impression de faire « la bonne chose » – même lorsque ce n'est pas le cas.

Afin de générer autant de solutions alternatives que possible, les principes suivants s'avèrent utiles :

- Principe de quantité : Plus il y a de solutions produites, plus il y aura de solutions de qualité qui seront disponibles (générer au moins 10 solutions possibles).
- Principe du report de l'évaluation : Un plus grand nombre de solutions de qualité seront produites s'il n'y a aucune évaluation de la qualité des solutions à cette étape. Il faut donc laisser libre cours à ses pensées, être créatif et adopter une attitude ouverte. L'évaluation des solutions sera faite plus tard au moment de la prise de décision.
- Principe de la variété : Plus les solutions alternatives sont variées, plus il y aura de solutions de qualité (on sort des sentiers battus!).

Si ces principes ne vous permettent pas de générer plusieurs solutions alternatives (après un effort considérable), vous pouvez consulter des gens de votre entourage pour réaliser cet exercice). Le but de cette étape est donc de produire plusieurs (au moins 10) solutions alternatives qui incluent des solutions de toutes sortes, incluant des solutions moins réalistes ou farfelues. On doit se rappeler le principe de ne pas juger la qualité des solutions à cette étape-ci du processus. Juger les solutions peut miner le processus créatif qui permettra de trouver de « bonnes solutions ». Faisons le parallèle avec un artiste qui peint une toile : s'il est trop centré sur la finalité de son œuvre et vise la perfection, il risque d'être bloqué dans son processus créatif ou produire une toile moins intéressante. De plus, une bonne solution découlera peut-être d'une idée « folle » ou moins réaliste. Il est aussi possible qu'une « bonne solution » implique la combinaison de deux solutions d'abord perçues comme moins réalistes.

4. Prendre une décision

L'objectif de cette étape est de choisir la meilleure solution parmi les solutions alternatives identifiées. Il s'agit bien de choisir la meilleure solution et non pas « la solution parfaite »; l'intolérance à l'incertitude peut contribuer à ce qu'un individu recherche une solution

parfaite. Or la recherche d'une solution parfaite est un obstacle important à la prise de décision puisque celle-ci n'existe pas!

Règle générale, il s'agit plutôt de peser le pour et le contre de chaque solution afin de choisir la meilleure. À cette étape, il est utile de procéder selon un « processus d'élimination ». On doit 1) éliminer les solutions qui sont clairement inférieures et 2) utiliser les questions suivantes afin d'évaluer les solutions restantes et ainsi arriver à notre choix :

- « *Qu'est-ce que cette solution peut m'apporter?* »
- « *Quelles sont les chances (la probabilité) que cette solution « fonctionne »?* »
- « *Quelles sont les conséquences à court terme et à long terme de cette solution?* »
- « *Quelles sont les conséquences pour moi et pour mon entourage de cette solution?* »

Il faut noter que le plan de match sera souvent constitué de plusieurs solutions qui seront appliquées en parallèle ou successivement en fonction de la situation. Il faut toutefois faire attention de ne pas choisir un trop grand nombre de solution, une action qui peut sembler rassurante pour certaines personnes. Effectivement, l'intolérance à l'incertitude peut vous amener à *vouloir en faire plus* au cas où... mais il ne faut pas en faire plus, il faut plutôt *le faire*.

5. Appliquer la solution et évaluer le résultat

Il s'agit ici d'évaluer si votre solution vous permet d'atteindre vos objectifs. L'application de la solution est influencée, bien sûr, par vos habiletés comportementales. Il peut être nécessaire de pratiquer les habiletés en question avant d'appliquer la solution dans la situation problématique réelle. Par exemple, avant de demander à quelqu'un de changer un comportement, il peut être utile de procéder à un jeu de rôle et faire cette demande à un proche; celui-ci pourra alors vous dire si votre formulation et votre ton sont adéquats.

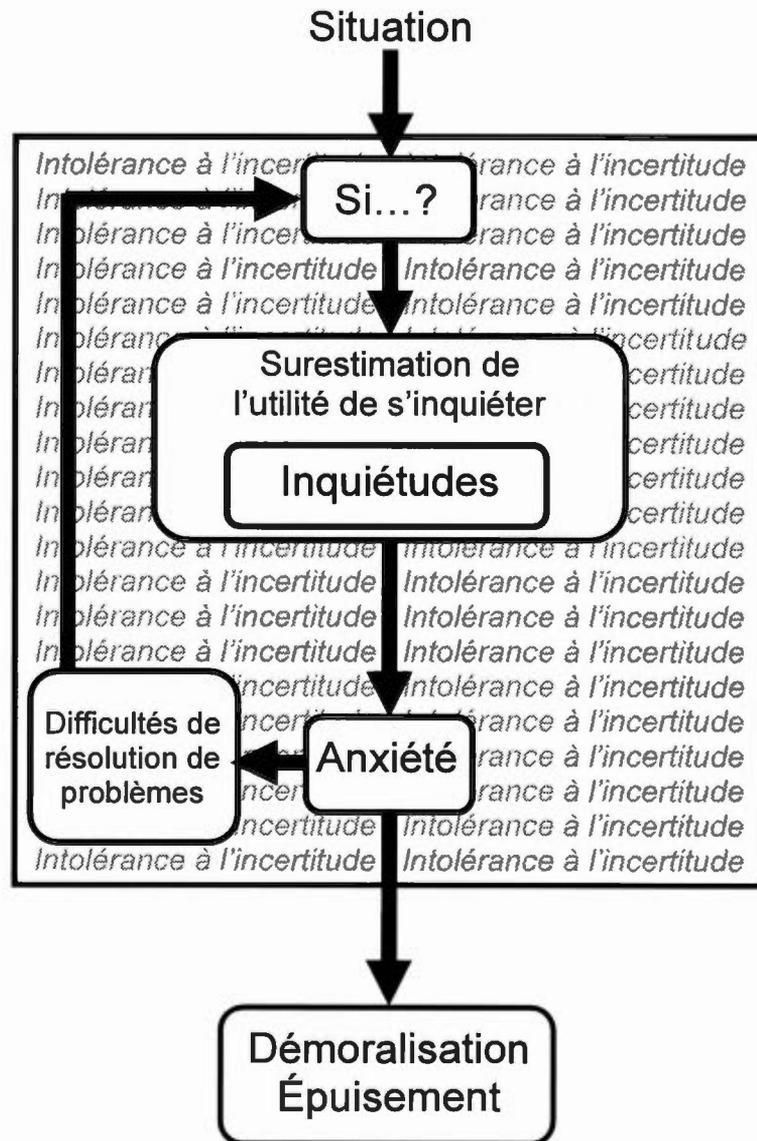
Il est ensuite important d'évaluer l'impact de la solution sur le problème et sur votre humeur. Le processus de résolution de problème est intimement lié à la détresse ressentie; une solution efficace doit donc mener à un soulagement émotionnel. Si la solution ne permet pas d'atteindre l'objectif de résolution de problème ou d'arriver à un soulagement émotionnel, alors il faut questionner son processus de résolution de problème : « *Est-ce que le problème a été bien défini ?* »; « *Mon objectif est-il réaliste ?* »; « *Devrais-je essayer une autre solution ?* ». Peut-être devrez-vous redéfinir votre problème ou encore revoir votre brainstorming. Par contre, si la solution est efficace, le processus de résolution de problèmes est terminé. Évidemment, certains problèmes prennent davantage de temps à régler. De plus, d'autres problèmes sont d'une envergure telle qu'il sera irréaliste d'atteindre un soulagement émotionnel à court-terme. Le problème se règlera à moyen ou long-terme. Il s'avèrera alors important d'évaluer votre démarche en cours de route.

Après la présentation des éléments théoriques, le thérapeute aide le client à amorcer un processus de résolution de problèmes pour une difficulté choisie. Règle générale, les clients ont souvent de la difficulté à bien cerner leurs problèmes et à modifier leur réaction initiale. Le thérapeute devait donc mettre l'accent sur la définition du problème, la modification de la réaction face au problème et la recherche de solutions. Le client poursuivra l'exercice à la maison.

Exercices du module 4 :

Le client doit appliquer le processus de résolution de problème à un problème de son choix : corriger sa réaction face au problème; définir le problème et son objectif; générer une liste de solutions alternatives; choisir une ou plusieurs solutions; et enfin appliquer la ou les solutions et évaluer le résultat.

Modèle 4 : Difficultés de résolution de problèmes



LISTE DE PROBLÈMES ACTUELS ET RÉCURRENTS

No. Participant :

Date :

Le but de cet exercice est de vous aider à identifier certains problèmes que vous rencontrez présentement ou qui reviennent plus souvent dans votre vie. L'objectif est de vous amener à les reconnaître plus facilement et plus rapidement. Ces problèmes peuvent se présenter dans diverses sphères de votre vie, comme vos relations avec vos proches, avec vos amis ou avec les étrangers, votre travail, vos études, vos engagements, vos loisirs, et vos tâches quotidiennes.

Exemples :

J'ai un trop grand nombre de dossiers sous ma responsabilité.

Je n'ai aucun « coussin » financier ce qui fait que je ne peux faire face à des imprévus.

Je ne fais pas suffisamment d'activités physiques ce qui fait que je ne suis pas en forme.

EXEMPLES DE RÉACTION CONTREPRODUCTIVE AUX PROBLÈMES

No. Participant :

Date :

Le but de cet exercice est d'identifier vos principales réactions lorsque vous rencontrez un problème. Cochez les énoncés qui correspondent le plus à votre façon de penser.

- Les gens n'ont pas de problèmes – si j'ai un problème, ça veut dire que je suis anormal(e) (anormalité/déficit personnel).
- Je suis le(la) seul(e) à avoir les problèmes que j'ai (anormalité/injustice).
- Ce n'est pas vraiment un problème, ça fait partie de la vie (ne pas voir).
- Je ne peux tolérer d'avoir un problème en suspens (trop réagir).
- Quand les choses ne vont pas bien dans ma vie, c'est terrible et catastrophique (éviter ou trop réagir).
- Je suis la cause de tous mes problèmes (anormalité/déficit personnel).
- Mes problèmes sont toujours causés par les autres (anormalité/injustice).
- La première solution qui vient à l'esprit est la meilleure (trop réagir).
- Je n'ai pas de problème (ne pas voir).
- Il y a toujours une réponse parfaite à chaque problème (éviter ou trop réagir).
- Les gens ne peuvent pas changer; je suis fait(e) comme ça et je vais toujours être fait(e) comme ça (éviter).
- Si je règle le problème rapidement, la situation ne s'aggraverá pas (trop réagir).
- Les gens ordinaires ne peuvent solutionner la plupart des problèmes de la vie; j'aurai toujours besoin d'un expert (éviter).
- Si je suis une bonne personne, je mérite une vie sans problèmes (anormalité/injustice).
- Je devrais être capable de régler mes problèmes rapidement; si je n'y arrive pas, ça veut dire qu'il n'y a rien à faire ou que je suis incompetent(e) (anormalité/déficit personnel).

RÉSOLUTION D'UN PROBLÈME

No. Participant :

Date :

Définition du problème :

Formulation de l'objectif : *Qu'est-ce que je peux faire pour...? Comment faire pour...?*

Modification de la réaction face au problème : *Est-ce que je réagis de façon contreproductive à ce problème ? Si oui, quelle est ma réaction face à ce problème ?*

Y aurait-il une autre façon de réagir à ce problème qui serait plus productive ? Si oui, laquelle ?

Solutions possibles :

- *le plus de solutions possibles (au moins 10)*
- *sans évaluer/juger*
- *solutions variées*

Solution(s) choisie(s) :

Stratégie d'application de la (des) solution(s) : *Comment je vais m'y prendre pour appliquer la (les) solution(s) :*

Évaluation du résultat :

- *par rapport au problème : « est-ce que le problème est résolu ? »*
- *par rapport aux émotions négatives : « est-ce que j'éprouve un soulagement émotionnel ? »*

MODULE 5

Exposition écrite

Agenda du module 5

1. *Retour sur les exercices; carnet d'auto-enregistrement, résolution de problèmes (11^e rencontre), séances d'exposition.*
2. *Présentation de l'évitement cognitif et de la neutralisation*
 - *Exercice du chameau*
 - *Exemple d'une peur concrète et courbes*
3. *Présentation de l'exposition écrite*
4. *Présentation des exercices*
 - *Identification des stratégies de neutralisation*
 - *Séances d'exposition au scénario rédigé*
5. *Retour sur les problèmes lors de l'exposition*

Présentation du Modèle 5 – L'évitement et la neutralisation

Pour débiter cette étape, le thérapeute propose au client l'exercice suivant : Dans les 30 prochaines secondes, il doit tenter de ne pas penser à un chameau. S'il y pense ou imagine un chameau, il doit le signaler en levant le doigt. Cet exercice démontre qu'essayer de ne pas penser à quelque chose ne fonctionne pas et que cela peut même augmenter la fréquence d'une pensée.

Les inquiétudes qui concernent des situations hypothétiques (et peu probables) sont souvent l'objet d'un exercice semblable à celui de ne pas penser à un chameau. En effet, les gens qui souffrent du TAG tentent habituellement de ne pas penser aux choses qui leur font peur. Et, comme dans l'exercice ci-dessus, ils n'arrivent que très difficilement à chasser leurs inquiétudes. Le thérapeute normalise la difficulté vécue par ces personnes à se débarrasser de leurs inquiétudes portant sur des situations hypothétiques de la façon suivante : Puisque ces pensées sont habituellement anxiogènes, la première solution envisagée est souvent une tentative de chasser ces inquiétudes. Cependant, plus on tente de ne pas penser à quelque chose, plus cette pensée revient avec force. L'image d'une balle lancée au mur illustre bien ce phénomène : plus la balle est lancée avec force, plus elle rebondit avec force. Ce paradoxe est un phénomène qui est observé chez une grande majorité d'individus et non pas seulement chez les gens anxieux.

Pour expliquer en détail comment l'anxiété est entretenue par l'évitement et la neutralisation, le thérapeute peut faire un parallèle avec une peur plus concrète, celle d'un chien par exemple. Il décrit une phobie des chiens et sollicite les idées du client pour aider l'individu phobique. Le thérapeute illustre ces concepts avec les courbes d'évitement, neutralisation et habituation (figures 1, 2 et 3 respectivement).

On peut comprendre comment l'anxiété est entretenue en observant ce qui se passe lorsqu'un individu présente une peur plus concrète comme une phobie des chiens. Si l'individu évite toutes les situations pouvant le confronter à des chiens, sa peur demeure grande et sa perception des chiens ne peut pas changer. À chaque fois qu'il évite, son anxiété diminue rapidement, mais seulement jusqu'à la prochaine fois où il sera confronté à un chien! (Figure 1)

La neutralisation, quant à elle, représente tout comportement ou pensée de l'individu ayant pour but de diminuer l'anxiété en situation d'exposition. L'individu qui utilise la neutralisation, quoiqu'il soit en présence du stimulus anxiogène, évite de ressentir l'anxiété en utilisant diverses stratégies. Ces stratégies peuvent être de se fermer les yeux et d'essayer de se convaincre que le chien n'est pas méchant, ou de se répéter sans cesse que l'éventualité dont il a peur (que le chien le morde) ne se produira pas. La neutralisation agit donc un peu comme une distraction et diminue l'anxiété, à court terme seulement mais pas à long terme. Aussi elle ne permet pas de « digérer » la peur à la source de cette anxiété. (Figure 2)

L'exposition

Pour y arriver l'individu devra utiliser une stratégie d'exposition au cours de laquelle il affrontera graduellement des situations en présence d'un chien tout en tolérant l'anxiété. De plus, il devra s'exposer de façon répétée durant une période de temps pour que la « digestion » de sa peur ait le temps de se faire. L'individu devra au préalable être informé que l'anxiété est désagréable, certes mais aucunement dangereuse, et qu'elle atteindra un plateau pour ensuite redescendre lentement. (Figure 3)

Pour diminuer la fréquence et l'intensité des inquiétudes concernant des situations hypothétiques, nous avons recours à l'exposition écrite. Le client choisit une inquiétude suscitée par l'appréhension d'une situation hypothétique. Il n'y a pas de contre-indication à choisir l'inquiétude la plus dérangeante. Cependant, si le client se sent incapable de s'exposer à cette inquiétude, le thérapeute devrait lui suggérer de choisir une autre inquiétude moins importante afin de favoriser la réussite de ce premier exercice d'exposition, et de travailler ensuite l'inquiétude la plus dérangeante.

Outre la « digestion » de la peur, l'exercice d'exposition par écrit favorise aussi une réévaluation de la situation et de la réaction émotionnelle. La réévaluation cognitive consiste principalement à remettre en question trois choses : 1) la probabilité que l'évènement appréhendé se produise; 2) l'aspect catastrophique de l'évènement; et 3) la capacité à s'adapter à l'évènement. Pour illustrer le phénomène de la réévaluation, prenons l'exemple d'un employé qui s'inquiète de la possibilité que son patron soit insatisfait de son travail. En s'exposant par écrit à cette possibilité, l'employé pourra en venir à comprendre qu'il surévalue la probabilité que son patron soit insatisfait de son travail (« *c'est possible, mais cela serait surprenant puisqu'il a toujours été satisfait de mon travail* »). De plus, il pourra en venir à se dire que l'insatisfaction de son patron serait désagréable, mais pas nécessairement catastrophique (« *c'est sûr que je n'aimerais pas ça, mais cela ne veut pas dire que je perdrais mon emploi* »). Et finalement, l'employé pourra se rendre compte qu'il pourrait composer (ou vivre avec) avec l'insatisfaction de son patron (« *s'il n'aime pas mon travail, je n'ai qu'à lui prouver qu'il se trompe* »). Bref, l'exposition

par écrit aura permis à l'employé de réévaluer la probabilité de l'évènement, la nature catastrophique de celui-ci, et sa capacité de composer avec l'évènement.

L'exposition écrite implique que le client compose un texte qui décrit l'éventualité qu'il craint, en mettant en lumière les pensées et les images qui envahissent son esprit lorsqu'il s'inquiète. Cette description comprend donc tous les aspects anxiogènes de la situation ainsi que les conséquences qui lui sont associées. Elle se fait en faisant référence aux sens (vue, ouïe, odorat, etc.) ce qui rend la description plus réaliste et favorise ainsi la formation de l'image mentale de la situation appréhendée; elle fait aussi référence aux réactions émotives (les émotions ressenties tant psychologiquement que physiologiquement). Elle ne doit pas inclure d'éléments rassurants parce qu'ils joueraient un rôle de neutralisation. Le scénario doit être épouvantant tout en demeurant crédible.

Le thérapeute vérifie si le client a des questions au sujet de la théorie de l'exposition. De plus, il doit vérifier si le client entretient certaines croyances face aux conséquences de l'anxiété (afin de les corriger si nécessaire). La peur de l'anxiété et de ses conséquences pourrait freiner les efforts du client à s'exposer. Par exemple, la crainte que l'anxiété vécue pendant l'exposition puisse provoquer un arrêt cardiaque ou une « perte de contrôle » doit être discutée. Le thérapeute peut alors inviter le client à faire une analyse rétrospective de toutes les fois où il a vécu de fortes montées d'anxiété et ainsi l'amener à constater qu'il n'a jamais eu d'arrêt cardiaque ou complètement perdu le contrôle. Il en sera de même pour l'anxiété vécue pendant l'exposition, elle n'entraînera aucune conséquence désastreuse. La seule différence réside dans le fait que le client choisit de vivre cette anxiété dans le cadre d'un exercice structuré.

Il arrive parfois à cette étape que le client refuse de s'exposer à un scénario catastrophique à cause de croyances liées à la pensée magique. Par exemple, un individu peut croire que s'il pense à une situation catastrophique, que celle-ci ait plus de chances de survenir réellement. Différentes stratégies peuvent alors être employées telles que :

- le questionnement socratique;
- les expériences comportementales ayant pour but de tester la croyance;
- le modeling du thérapeute (celui-ci écrit un scénario devant le client).

Exposition pendant la rencontre

Le thérapeute prévoit la première séance pendant une rencontre; le client rédige à cette occasion un premier scénario catastrophique pendant 30 minutes après quoi il pourra discuter avec le thérapeute de ses observations. Ceci permet de s'assurer que le client oriente ses exercices de la façon la plus profitable possible.

Pour débiter la séance, le thérapeute donne les directives suivantes :

« Rédigez votre scénario en vous plaçant le plus possible dans la situation appréhendée sans neutraliser. Tout ce que vous avez à faire est de décrire la situation qui vous fait peur comme si vous y trouviez tout en ne combattant pas l'anxiété. Si vous neutralisez ou perdez votre concentration, revenez aux images décrites et replacez-vous dans la situation. »

Retour sur le premier exercice d'exposition

Après la première séance d'exposition, le thérapeute et le client en font le bilan en revoyant le contenu du scénario de même que les réactions et commentaires qu'il a suscités. Il est important de vérifier si le client a neutralisé durant la rédaction du scénario ce qui implique de discuter des stratégies employées de même que leur impact sur l'exposition.

Le thérapeute invite le client à lire son scénario à voix haute ou le fait lui-même. Il s'assure ainsi que le texte est adéquat et ne contient pas d'éléments neutralisants. S'il remarque que des sections sont à modifier, il demande au client de le faire sur place et peut l'aider en suggérant directement des phrases ou des mots particuliers. Il arrive fréquemment que le client hésite à inclure dans son scénario certains mots qui sont pour lui très dérangeants. Le thérapeute devrait être assez directif (tout en se montrant empathique envers l'anxiété que vit le client) dans la préparation du scénario, puisqu'un scénario n'abordant pas les éléments les plus importants ne permet pas une exposition totalement efficace. Le thérapeute explique au client que l'exercice d'exposition écrite lui permettra de s'exposer à deux choses : au scénario et à l'anxiété. Il prévient aussi le client qu'il risque de « découvrir » d'autres stratégies de neutralisation en cours de rédaction et lui rappelle que pour s'exposer efficacement, il importe de neutraliser le moins possible.

Exercices d'exposition à la maison

À chaque séance d'exposition, le client rédige un texte sur le même thème pendant 30 minutes (au moins cinq fois durant la semaine) l'individu répète ce scénario tant que lui et son thérapeute le jugent nécessaire (i.e., tant que le scénario provoque de l'anxiété). Durant cette période de temps, un même thème est donc conservé mais de nouveaux éléments peuvent être inclus à mesure que l'individu découvre d'autres aspects anxiogènes à ajouter ou qu'il désire décrire des variations de ce même thème (ex., avoir le cancer, la sclérose en plaques, etc.).

Le client doit composer son scénario d'exposition après avoir choisi avec le thérapeute un thème d'inquiétude précis; il rédige alors le scénario qui doit présenter les caractéristiques suivantes :

- Être centré sur un seul thème.
- Être composé au présent (comme si le scénario se produisait présentement); en langage parlé (non littéraire) et au « je ».
- Être une description détaillée de la peur fondamentale.
- Faire référence aux sens (vue, ouïe, odorat, etc. – ce qui favorise la formation d'une image mentale).
- Faire référence à notre réaction émotionnelle (psychologique et physiologique).
- Ne pas contenir d'éléments rassurants (neutralisation) tels que les mots « peut-être », « pas si pire », etc.
- Être « épouvantable » mais tout de même crédible.
- Inclure le sens qui est accordé à l'anxiété dans le scénario.

Le client doit s'exposer à son scénario par la rédaction du texte et ce, au moins cinq fois durant la semaine. Il devra choisir un moment où il n'est pas pressé et s'isoler dans un endroit calme où il ne sera pas dérangé. La durée de l'exposition est de 30 minutes. Tout ce que le client a à faire est de rédiger son scénario tout en tolérant l'anxiété présente. Si l'anxiété ne monte pas, on suggère de faire quand même l'exposition pendant un minimum de 20 minutes. Le client devra aussi porter attention à toute forme de neutralisation telle que : se concentrer sur sa respiration; se changer les idées; combattre ses émotions; etc. À la fin de chaque séance de rédaction, le client remplit une fiche d'exposition.

Retour sur les exercices d'exposition à la maison

Les différentes rencontres d'exposition écrite visent dans un premier temps à présenter l'exposition en tant que telle et par la suite à revenir sur les exercices faits pendant la semaine.

Le client rapporte les scénarios écrits et les cotes qu'il a notées sur les fiches après chaque séance d'exposition. Le thérapeute lit au besoin un ou plusieurs scénarios et vérifie les résultats obtenus suite à une semaine d'exposition; il examine avec le client les difficultés qui ont pu se présenter. Notre expérience avec cette technique d'exposition nous a permis d'identifier les problèmes les plus fréquemment rencontrés par les clients lorsqu'ils s'exposent seuls à la maison. Il peut s'agir de problèmes avec le scénario (le texte est incomplet), de problèmes de cible (l'inquiétude ciblée n'est pas pertinente), ou de problèmes de neutralisation pendant la rédaction. Tout en sollicitant les idées du client, le thérapeute peut proposer les solutions suivantes :

Problèmes potentiels

- Pour un problème avec le scénario : Ajouter des éléments importants qui ont été omis, ajouter des détails, des images, enlever des éléments qui jouent un rôle neutralisant.
- Pour un problème de cible : Revoir la pertinence de l'inquiétude ciblée, refaire le choix.
- Pour un problème de neutralisation pendant la rédaction : Identifier les nombreuses stratégies de neutralisation possibles, et normaliser le fait qu'on puisse être porté à y recourir. Vérifier les croyances entretenues quant à l'anxiété, la peur que ça monte « trop haut ». Montrer au client que neutraliser ne fait que rallonger le processus d'apprentissage et d'habituation (le client se donne la peine de s'exposer mais n'en retire pas tous les avantages).
- Pour un problème avec le niveau d'anxiété : Faire l'exposition même si le niveau d'anxiété au début est déjà élevé parce que c'est la partie habituation de la courbe qui est fonctionnelle. Dans le cas où l'anxiété ne monte pas ou peu, poursuivre l'exposition au moins 20 minutes.

Si le niveau d'anxiété augmente mais ne diminue pas au cours des séances d'exposition, le thérapeute aidera le client à identifier ses comportements de neutralisation et/ou formuler un

scénario d'exposition plus spécifique (un scénario trop « général » peut nuire à l'habituation lors de l'exposition). Si le niveau d'anxiété n'augmente plus pendant les séances d'exposition, le thérapeute devra déterminer si le scénario doit être reformulé afin de mieux refléter la peur fondamentale du client (scénario assez crédible et assez épeurant) ou si, tout simplement, la peur n'est plus excessive (si le client ne s'inquiète plus excessivement de la situation en cause).

Pour certains clients, l'exposition fructueuse mènera à la diminution de certaines autres peurs fondamentales par la généralisation. Une telle généralisation aura plus de chance de survenir si le thème central des inquiétudes est repéré et qu'il fait l'objet du scénario initial. Pour d'autres clients, la généralisation sera moins complète et un deuxième (et peut-être un troisième) scénario devra être formulé. Selon notre expérience clinique, il est très rare qu'un client ait besoin de plus de deux ou trois scénarios d'exposition.

Figure 1 : Évitement

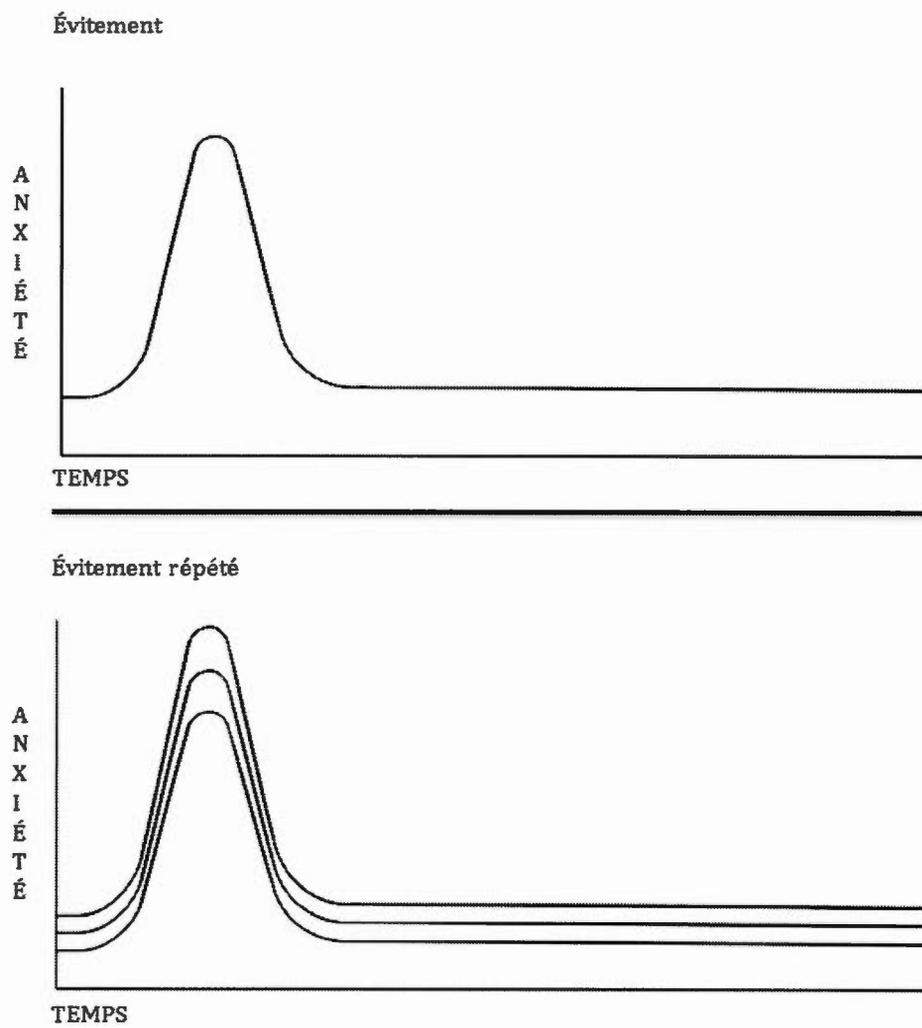


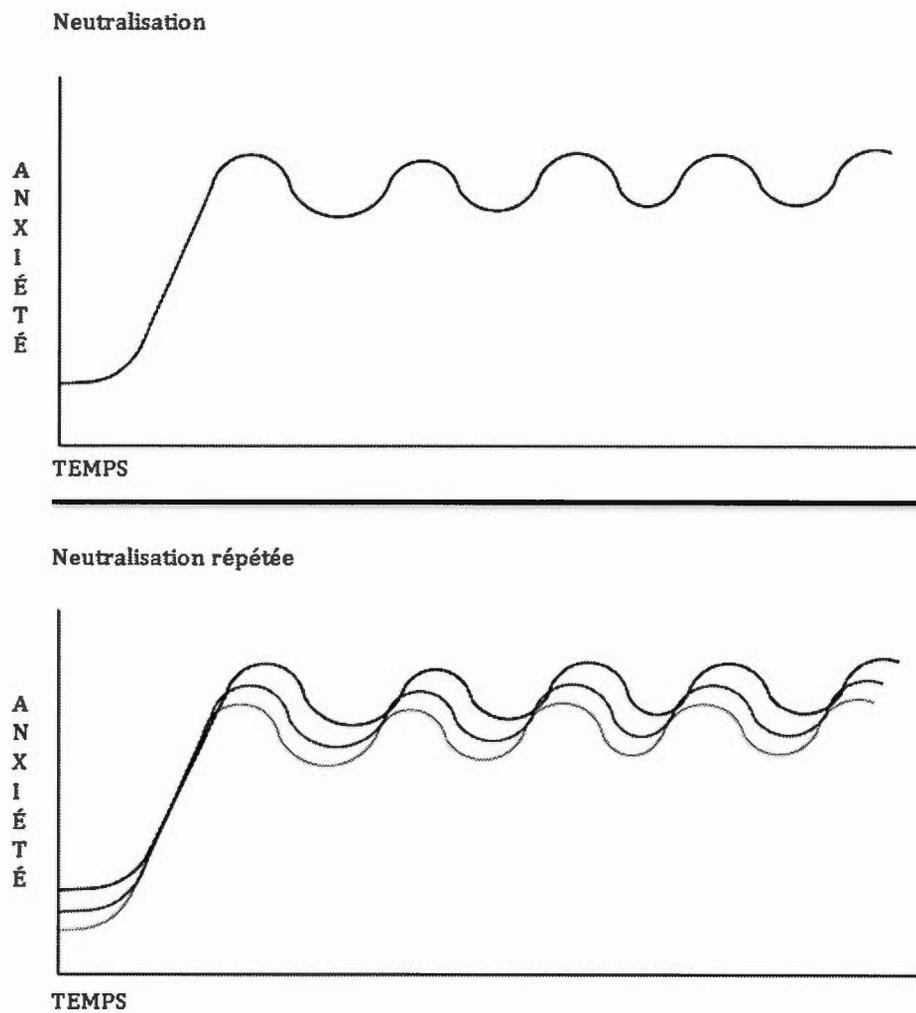
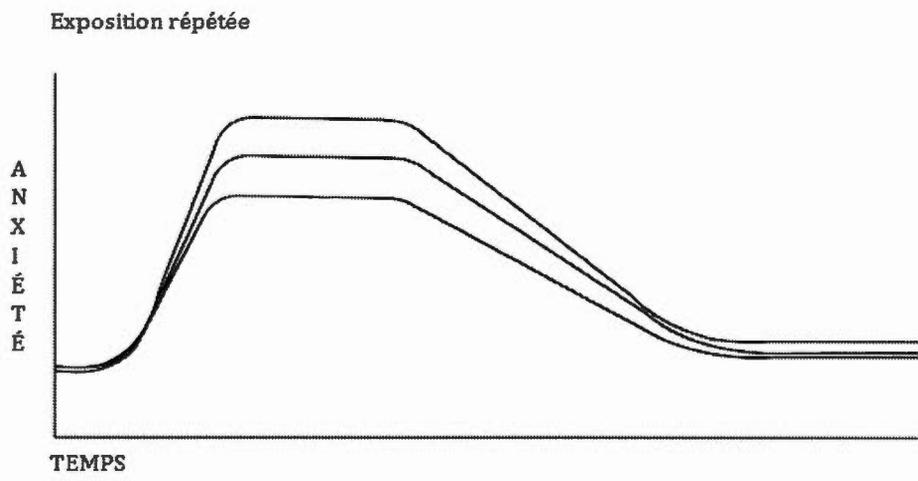
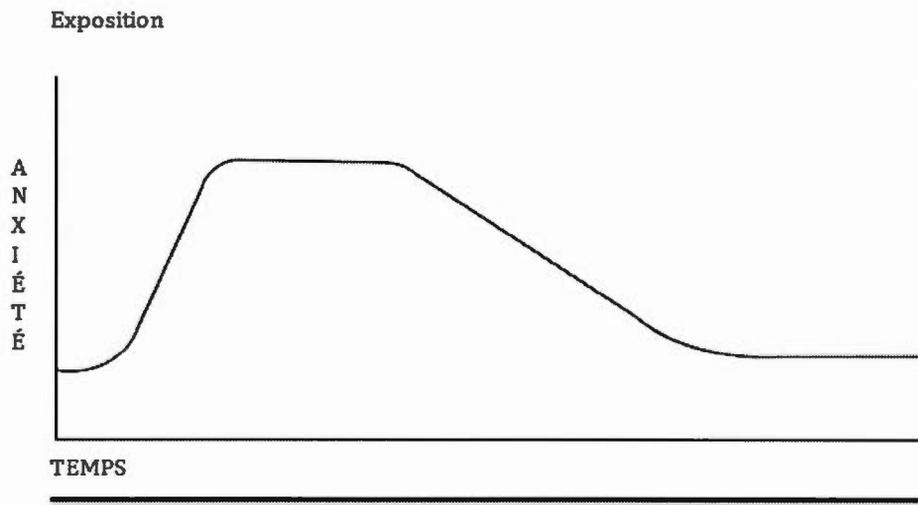
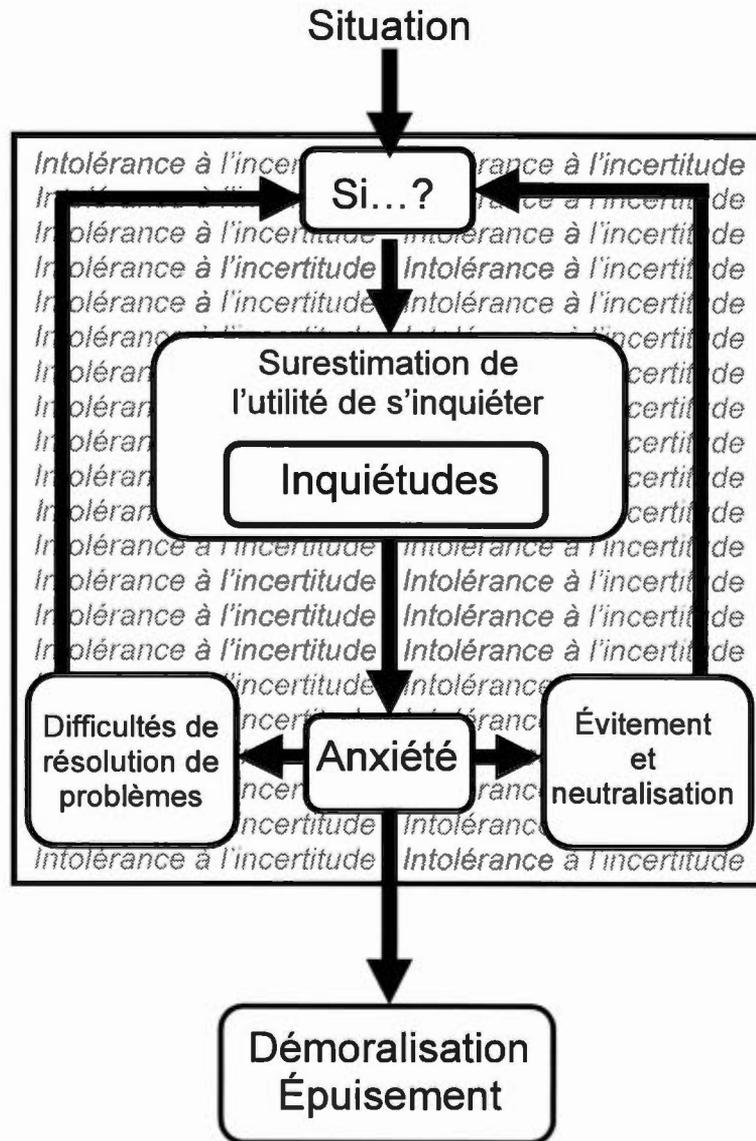
Figure 2 : Neutralisation

Figure 3 : Exposition



Modèle 5 : Évitement et neutralisation



SCÉNARIO POUR L'EXPOSITION

No. Participant :

Date :

Le but de cet exercice est de développer un scénario d'exposition ayant les caractéristiques suivantes :

- être centré sur un seul thème
- être composé :
 - au présent (comme si le scénario se produisait présentement)
 - en langage parlé (non littéraire)
 - au « je »
- être une description détaillée de votre peur fondamentale
- faire référence aux sens (vue, ouïe, odorat, etc.)
- faire référence à votre réaction émotionnelle (psychologique et physiologique)
- ne pas contenir d'éléments rassurants (neutralisation) tels que les mots « peut-être », « pas si pire », etc.
- être « épouvantable » mais tout de même crédible
- inclure la signification perçue par rapport à l'anxiété décrite

Scénario

FICHE D'EXPOSITION

No. Participant :

Date :

Thème du scénario : _____

AVANT l'exposition :

1. Heure ____:____
2. Quel est le niveau **actuel** de malaise associé à votre pensée? (avant la séance d'exposition)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
aucun		léger		modéré		important		extrême

APRÈS l'exposition :

1. Heure ____:____
2. Quel est le niveau **actuel** de malaise associé à votre pensée? (à la fin de l'exposition)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
aucun		léger		modéré		important		extrême

3. Quel était le niveau **maximal** de malaise associé à votre pensée? (encerclez le chiffre correspondant à votre niveau de malaise maximum **pendant** la séance d'exposition)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
aucun		léger		modéré		important		extrême

4. Avez-vous neutralisé votre pensée pendant la séance d'exposition?

Oui : ____ Non : ____

Si oui, comment? _____

MODULE 6

Résumé du traitement et prévention de rechute

Agenda de la rencontre

1. Retour sur les exercices; carnet d'auto-enregistrement, séances d'exposition
 2. Résumé du traitement
 3. Prévention de rechute
 - Présentation du modèle 6 (rôle des émotions et des événements)
 4. Formulation d'objectifs post-traitement
-

Le thérapeute et le client font un retour sur l'exercice d'exposition fait durant la semaine. Le thérapeute doit s'assurer que le client réalise le rôle et l'effet de l'exposition sur la diminution de ses inquiétudes et sur son intolérance à l'incertitude, ceci dans une perspective de maintien des acquis et de prévention de rechute.

Résumé du traitement

Nous avons maintenant vu en détails tous les modules du traitement du TAG. Le but des dernières rencontres est d'approfondir et d'intégrer ces différents modules pour que les clients deviennent leur propre thérapeute. Pour en arriver là, il est important de connaître à fond les modules, les liens entre ceux-ci et de savoir comment appliquer les stratégies qui leur sont propres. L'information présentée ici consiste en un résumé de ces trois éléments.

La prise de conscience

Pour modifier une habitude, on doit, avant toute chose, en être pleinement conscient. On doit donc voir clairement que l'on s'inquiète excessivement pour changer. Dans cette optique, il est important de distinguer l'inquiétude des autres phénomènes cognitifs (par exemple, la planification) ou émotifs (par exemple, l'anxiété, la tristesse, la frustration) pour obtenir de bons résultats avec les stratégies proposées. Une fois que l'on a reconnu qu'il s'agit d'inquiétude, on peut alors identifier le type de l'inquiétude (est-ce qu'elle concerne un problème actuel ou plutôt une situation hypothétique?). Une autre façon d'identifier le type d'inquiétude c'est de se demander « *Est-ce qu'il y a quelque chose que je peux faire en résolution de problème avec cette inquiétude-là?* ».

Inquiétudes qui concernent un problème actuel

Lorsqu'on a identifié qu'il s'agit d'une inquiétude à propos d'un problème réel, on doit :

1. Se demander s'il y a des avantages à s'inquiéter de cela et réévaluer s'il s'agit là d'avantages réels.

2. Ensuite, on utilise la stratégie de résolution de problèmes :

Rappelez-vous que la disposition inefficace face aux problèmes peut se manifester de diverses façons et peut être corrigée soit en reconnaissant plus rapidement qu'on a un problème, soit en acceptant le fait d'en avoir un (voir cela comme étant normal), ou en tentant de voir le problème davantage comme un défi à relever plutôt qu'une menace. Aussi, il est important de ne pas oublier de définir le problème de façon spécifique et concrète, de vous fixer des objectifs réalistes, de ne pas faire d'évaluation lorsque vous faites votre liste de solutions alternatives, de choisir la meilleure solution pour vous parmi cette liste de solutions (et non la solution parfaite), et d'évaluer l'impact de l'application de votre solution sur la situation et sur votre humeur. Il est important d'aller de l'avant et d'appliquer une solution même si on n'est pas certain de sa réussite. En faisant cela, on ne peut pas perdre! En effet, soit que la solution fonctionne (tant mieux), soit qu'elle ne fonctionne pas, mais on a obtenu de l'information utile pour essayer autre chose (et on a augmenté notre tolérance à l'incertitude!).

Inquiétudes qui concernent une situation hypothétique (et improbable)

Si l'inquiétude concerne une situation hypothétique (pour le moment, aucun problème réel n'existe), on doit :

1. Se demander aussi s'il y a des avantages à s'inquiéter de cela et réévaluer s'il s'agit d'avantages réels.
2. Utiliser la stratégie suivante : S'exposer par écrit aux pires situations hypothétiques qu'on craint.

Par le biais d'un scénario écrit comprenant tous les éléments « épeurants » d'une situation hypothétique, on s'expose pour en venir à changer sa façon de voir cette situation et pour apprendre à tolérer l'anxiété conséquente. En outre, on s'expose aussi à l'incertitude ce qui s'avère une autre façon d'augmenter notre tolérance à l'incertitude. L'exposition permet donc de diminuer l'intensité et la fréquence de l'inquiétude. On ne peut pas s'exposer trop! Le malaise vécu durant les premières séances d'exposition n'est pas dangereux et diminue avec les répétitions. Au lieu de passer beaucoup de temps à s'inquiéter d'éventualités improbables pendant X mois (ou X années), il est préférable d'y penser intensivement une fois par jour pendant quelques semaines et ainsi éliminer cette inquiétude.

Le but de catégoriser les inquiétudes est de choisir la stratégie qui risque d'être la plus efficace pour l'inquiétude en question. Cependant, il n'y a pas beaucoup de risques à « mal » catégoriser une inquiétude. La résolution de problème est la meilleure stratégie pour les inquiétudes qui concernent des problèmes actuels; cependant le fait de s'exposer par écrit aux conséquences craintes dans cette situation n'est pas mauvais, au contraire, cela peut être très utile. De plus, l'exposition écrite est la meilleure stratégie pour les inquiétudes qui concernent des situations hypothétiques. Cependant, la résolution de problème (ou une tentative de résolution

de problème) peut permettre d'identifier clairement s'il y a, oui ou non, une partie de la situation à laquelle la personne peut appliquer une solution.

Il n'y a donc pas de situation où l'une ou l'autre de ces stratégies soit contreproductive ou nuisible. L'important est de poursuivre l'analyse de l'inquiétude tant qu'elle demeure excessive. Cette analyse permettra de décider s'il faut d'abord améliorer l'application de la stratégie qui vient d'être choisie, ou plutôt appliquer une autre stratégie si la première n'a pas permis d'éliminer l'inquiétude excessive.

Tout au long de cette intervention, nous avons aussi beaucoup parlé de l'intolérance à l'incertitude. Nous avons identifié que la recherche excessive de certitude est un puissant moteur d'inquiétudes puisque la certitude totale n'existe pas. Sachant que les gens plus tolérants à l'incertitude sont des individus qui s'inquiètent moins, nous avons donc visé à augmenter votre tolérance à l'incertitude. C'est par des actions fréquentes au quotidien que vous vous êtes exercés à tolérer davantage d'incertitude dans le but d'augmenter graduellement votre tolérance à ce niveau. Cela demeure une stratégie à poursuivre au quotidien, facilitant ainsi l'acceptation de l'incertitude comme d'un fait incontournable de la vie de chacun de nous.

Prévention de rechute

Présentation du Modèle 6 – Les émotions et les événements

Suite à votre démarche thérapeutique, il sera important de devenir votre propre « thérapeute » afin de maintenir vos gains et ainsi empêcher vos inquiétudes de nuire à votre qualité de vie. Devenir votre propre thérapeute signifie d'appliquer des stratégies comme l'exposition écrite ou la résolution de problème dès que vous avez une inquiétude que vous considérez excessive. Cela implique aussi de corriger lorsque nécessaire votre perception des avantages de vous inquiéter.

Être votre propre thérapeute implique d'évaluer régulièrement votre façon de réagir aux inquiétudes, de vous encourager à poursuivre même si c'est difficile et de vous féliciter pour vos petites et grandes réussites. Pour consolider et entretenir les nouveaux apprentissages que vous avez faits, il est fortement suggéré d'être proactif en relisant le présent manuel une fois par mois.

Bien réagir aux inquiétudes implique de garder en tête qu'il y a une différence importante entre des fluctuations normales dans le niveau d'inquiétudes et une rechute. On peut aussi appeler une fluctuation normale une « chute ». Or, une chute n'est pas une rechute! Avoir plus d'inquiétudes de temps en temps est normal et n'est pas synonyme de rechute. La réaction de chaque individu à une remontée des inquiétudes joue un rôle important. En effet, avoir un peu plus d'inquiétudes pendant quelques jours peut être vu comme un « problème », mais ce problème n'est pas dramatique. La réaction du client à la présence de ce problème aura de fortes chances d'influencer la durée de cette période d'inquiétudes et l'anxiété ressentie. Dramatiser n'est donc pas synonyme d'une réaction utile aux fluctuations normales des inquiétudes puisqu'on est alors porté à croire qu'il s'agit d'une rechute et qu'on n'y peut rien : on n'utilisera donc pas les stratégies thérapeutiques appropriées. Également, ignorer que l'on ait plus

d'inquiétudes à un certain moment est aussi problématique puisqu'il devient impossible de mettre en pratique ces stratégies; nos inquiétudes peuvent donc être présentes plus longtemps.

L'exemple suivant illustre la réaction respective de deux individus qui s'inquiètent beaucoup pendant 3 jours. L'un d'eux observe au milieu de la semaine qu'une accumulation de travail l'a rendu stressé et inquiet. Il se dit qu'il va essayer de terminer ce travail dans les plus brefs délais, dans la mesure du possible, et se reposera en fin de semaine. Il pourra toujours prendre 2 heures dimanche matin pour continuer le travail s'il n'a pas fini vendredi. À la fin de la semaine, il a terminé son travail et est satisfait et détendu. L'autre individu est aussi stressé et inquiet à cause d'une accumulation de travail. Il fait tout ce qu'il peut pour terminer mais anticipe beaucoup de ne pas avoir fini vendredi. À 5 heures vendredi, l'individu a finalement terminé son travail et se dit « *Quelle semaine de fou! Me voilà reparti dans mes vieilles habitudes, je ne suis jamais capable de passer à travers un surplus au travail sans m'inquiéter toute la semaine! Ça m'a pris toute mon énergie, qu'est ce que ça va être au prochain surplus, je ne serai pas capable!* ».

Qu'est-ce qui différencie ces deux individus? Ça n'est pas la situation en cause mais plutôt leur façon d'y réagir. Tout d'abord, le premier accepte qu'un surplus de travail ponctuel puisse occasionner une augmentation d'inquiétude et de stress; de plus, il utilise certaines solutions et envisage d'autres (prendre 2 heures dimanche matin) ce qui l'aide à composer avec la situation; finalement, il remarque sa réussite et éprouve de la satisfaction. En contrepartie, le second individu a dramatisé le fait d'être plus inquiet et stressé depuis quelques jours; il n'a aussi envisagé qu'une seule solution, soit de terminer son travail vendredi; de plus, il n'a perçu que ses difficultés et a complètement omis de voir qu'il a réussi à atteindre son objectif. Il ne peut donc qu'appréhender la prochaine fois!

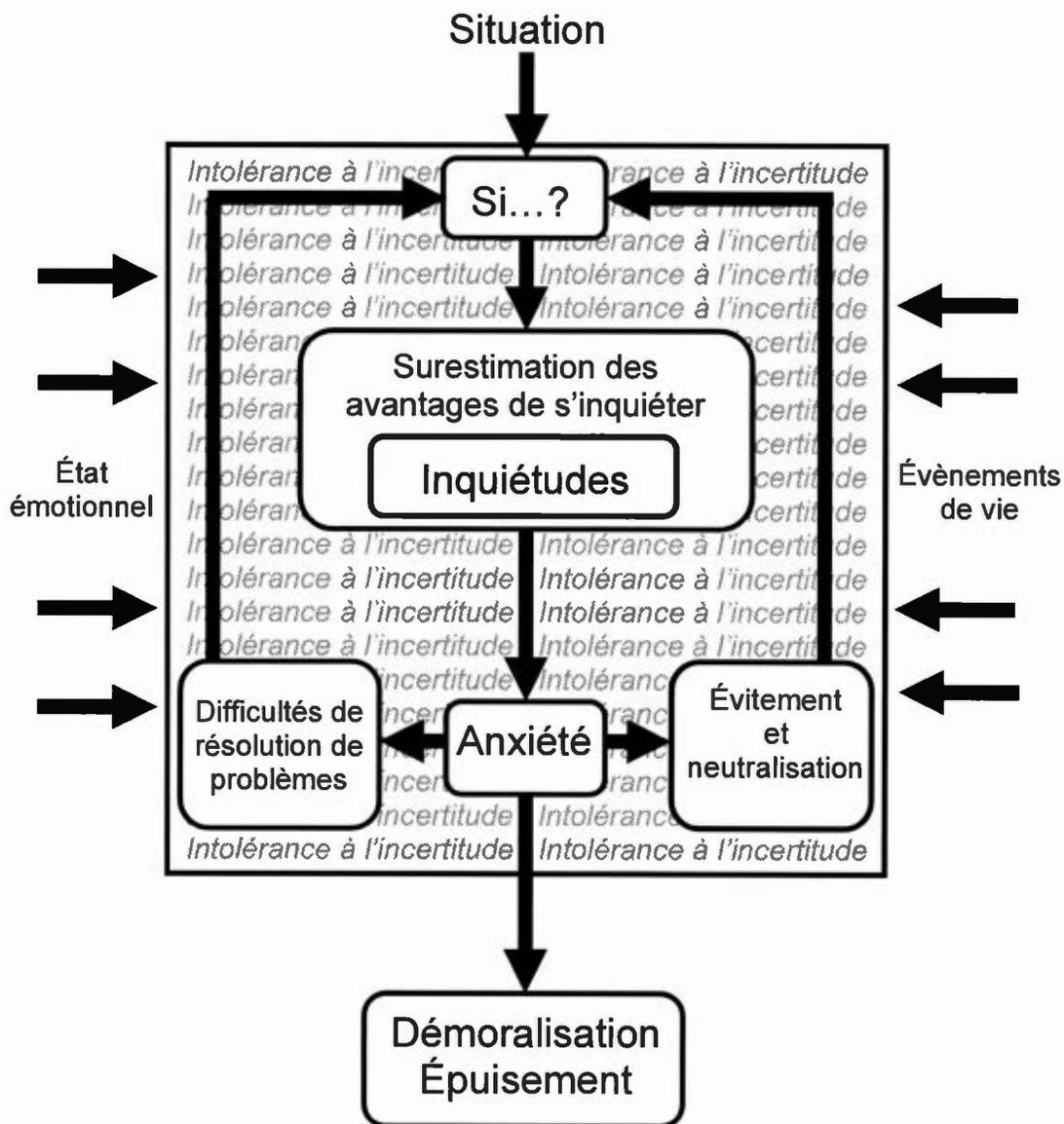
Évidemment, il y aura des moments où vous serez plus susceptible d'avoir des inquiétudes excessives qui pourront nuire à votre qualité de vie. Plusieurs de ces situations ont cet effet chez une majorité de gens (ex., se retrouver en période de stress important, être très fatigué, se sentir « down », ou tout simplement à certains moments de la semaine, du mois ou de l'année).

Enfin, on considère que les « périodes difficiles » sont une occasion de mettre en pratique les connaissances acquises et utilisées durant votre démarche thérapeutique. Elles ne sont pas des échecs ou des rechutes. Le fait d'avoir plus d'inquiétudes de temps en temps vous donne simplement l'occasion d'appliquer vos connaissances et vous donne une meilleure protection à long terme contre les inquiétudes excessives qui nuisent à votre qualité de vie.

Avec l'aide du thérapeute, le client se fixe des objectifs personnels. Il doit indiquer lesquelles de ses inquiétudes restent à travailler et identifier les moyens qu'il utilisera pour les diminuer.

Le thérapeute invite aussi le client à relire son manuel une fois par mois et lui demande d'identifier les moments appropriés pour faire ces lectures.

Modèle 6 : Émotions et évènements



OBJECTIFS POUR POURSUIVRE VOTRE ÉVOLUTION

No. Participant :

Date :

Le but de cet exercice est d'identifier les inquiétudes sur lesquelles vous voulez continuer à travailler, et de préciser les moyens que vous allez utiliser.

Objectif 1 : _____

Moyens : _____

Objectif 2 : _____

Moyens : _____

APPENDICE F

MESURES CLINIQUES

QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

1. Âge: _____

2. Sexe : (1) F (2) H

3. Habitez-vous avec quelqu'un ?

- (0) Non () Oui → (1) Conjoint(e)
- (2) Conjoint(e) et famille (enfants ou parents)
- (3) Famille (enfants ou parents)
- (4) Colocataire(s)
- (5) Chambre ou pension
- (6) Autre

4. Avez-vous des enfants ? (0) Non (1) Oui

5. Revenu annuel (ménage) :

- (1) moins de 29 999\$
- (2) 30 000 à 59 999\$
- (3) 60 000 à 89 999\$
- (4) 90 000 et plus

Nombre de personne(s) dans le ménage : _____

Nombre de personne(s) à charge : _____

6. Scolarité complétée :

- (1) Primaire
- (2) Secondaire
- (3) Collégial
- (4) Universitaire

7. Statut de travail :

- (1) Temps plein (35 heures ou plus)
- (2) Temps partiel (moins de 35 heures)
- (3) Retraite
- (4) Chômage
- (5) Aide sociale
- (6) Invalidité
- (7) Sans emploi rémunéré / travaille dans la maison
- (8) Arrêt temporaire → Statut antérieur : _____
- (9) Autre : _____

8. Souffrez-vous d'un trouble visuel ou d'épilepsie ?

- (0) Non
- (1) Oui → Lequel ? _____

9. Avez-vous déjà suivi une psychothérapie ?

- (0) Non
- (1) Oui

Si oui :

Pour quelle(s) raisons (s)	Quand s'est-elle terminée ?	Nombre de séances complétées ?	Type de psychothérapie (ex. : psychodynamique, cognitive-comportementale, humaniste, etc.)	Modalité de psychothérapie (ex. : face à face, internet, vidéoconférence, etc.)

10. Prenez-vous présentement une médication pour l'anxiété ou pour l'humeur ?

(0) Non (1) Oui

Si oui :

Nom de la médication	Raison (ex : anxiété)	Posologie (ex : 70 mg/jour)	Début de la prise de cette posologie

Nom: _____

Date: _____

No. Dossier: _____

Évaluateur: _____

ADIS-IV Résumé**Trouble panique**

- 1) Présence de poussées d'anxiété soudaine très intense - impression qu'un désastre va se produire? Présent? Passé? Attaque la plus récente?
- 2) Quelles situations? Inattendues et spontanées?
- 3) Combien de temps avant que l'anxiété devienne intense (moins de 10 min.)?
- 4) Combien de temps dure l'anxiété à son niveau le plus élevé?
- 5) Symptômes ressentis: encercler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8

Symptômes	Sévérité
a) souffle court ou sensation d'étouffement	
b) étranglement	
c) palpitations	
d) douleur thoracique	
e) transpiration abondante	
f) étourdissement / vertige/ perte d'équilibre	
g) nausée / maux de ventre	
h) dépersonnalisation / irréalité	
i) engourdissement / picotements	
j) bouffées de chaleur / frissons	
k) tremblements / tension musculaire	
l) peur de mourir	
m) peur de devenir fou / perdre le contrôle	
n) autres:	

- Ressentis à chaque attaque de panique ou non? Présence d'attaques à symptômes limités? Spécifier symptômes des attaques limitées (moins de 4 symptômes) et leur sévérité.
- 6) Nombre d'attaques au cours du dernier mois / des 6 derniers mois?
 - 7) Anticipation à propos d'autres paniques au cours du dernier mois / dans le passé? Sévérité de l'anticipation 0-8?
, Événements anticipés à la suite d'une attaque de panique (e.g., crise cardiaque, étouffement)?

9) Changements dans le comportement résultant des crises (évitement, sensibilité interoceptive, comportements sécurisants, distraction, changement style de vie)? Coter détresse et interférence de 0 à 8.

10) Histoire de la première attaque de panique: quand, où, comment, avec qui, stressseurs, substance psychoactive, comment a-t-elle réagi?

11) Début du problème à un niveau sévère?

12) Déclencheurs actuels des attaques de panique?

10) Stratégies utilisées pour faire face aux attaques de panique?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Agoraphobie:

1) Présence d'évitement de certaines situations par crainte de paniquer / de ressentir des malaises?
Présent? Passé? Occasion la plus récente? Anticipation de ces situations?
• Symptômes redoutés?

2) Situations problématiques: encircler situations pertinentes et coter appréhension et évitement de 0 à 8 (coter seulement situations relatives à l'agoraphobie)

Situations	Appréhension	Évitement	Commentaires
a) conduire ou aller en automobile			
b) épicerie			
c) centre d'achat			
d) foule			
e) transports en commun			
f) avion			
g) médecin / dentiste			
h) coiffeur			
i) attendre en ligne			
j) marcher à l'extérieur			
k) ponts			
l) être à la maison seul			
m) s'éloigner de chez soi			
n) cinéma / théâtre			
o) restaurants			
p) église			
q) espaces clos et petits			
r) espaces vastes			
s) travail			
t) autres:			

- 3) Comportements sécurisants: besoin d'être accompagné? transporter objets? rituels? heures de la journée? près des sorties?
- 4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien (travail, vie sociale, activités routinières)? Coter détresse et interférence de l'évitement de 0 à 8.
- 5) Date d'apparition de l'évitement agoraphobique?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Phobie sociale:

- 1) Dans les situations sociales où vous pouvez être observé ou évalué par les autres, vous sentez-vous anxieux(se)? Présent? Passé? Incident le plus récent?
- Êtes -vous préoccupé par le fait de pouvoir faire ou dire des chose embarrassantes ou humiliantes devant les autres et d'être jugé négativement?
- 2) Situations problématiques: encercler situations pertinentes reliées à l'anxiété sociale et coter crainte et évitement de 0 à 8.

Situations	Crainte	Évitement	Commentaires
a) rencontres sociales			
b) réunions / cours			
c) parler formellement devant un groupe			
d) parler à des inconnus			
e) manger en public			
f) utiliser les toilettes publiques			
g) écrire en public			
h) R-V avec personne du sexe opposé			
i) parler à une personne en position d'autorité			
j) vous affirmer			
k) initier une conversation			
l) maintenir une conversation			
m) autres:			

- 3) Que craignez-vous dans ces situations?
- 4) Êtes-vous anxieux presque à chaque fois que vous y faites face?
- 5) Anxiété apparaît avant d'entrer? au moment d'entrer dans la situation? avec délai? inattendue?

- 6) Crainte d'y faire une attaque de panique? Présence d'attaques de panique actuelles ou antérieures? (Voir liste de symptômes de panique à la première page et relever symptômes pertinents et leur sévérité de 0 à 8.)
- 7) Conséquences sur le fonctionnement quotidien (travail, routine, vie sociale)? Influence sur la vie professionnelle ou académique? Coter degré d'interférence de 0 à 8.
- 8) Début du problème à un niveau sévère?
- 9) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble d'anxiété généralisée

- 1) Présence d'inquiétude excessive au cours des derniers mois à propos de plusieurs événements ou aspects de la vie quotidienne? Passé? Occasion la plus récente
- 2) Qu'est-ce qui vous inquiète?
- 3) Sujets d'inquiétude: encrer situations pertinentes et coter à quel point l'inquiétude est excessive (fréquence, inquiétude sans fondement, détresse ressentie) et difficile à contrôler (incapable d'arrêter, aspect intrusif) de 0 à 8.

Sujets d'inquiétude	Excessif	Diff. contrôle	Commentaires
a) affaires mineures b) travail / études c) famille d) finances e) social / interpersonnel f) santé (soi) g) santé (proches) h) communauté / affaires mondiales i) autres:			

- 4) Fréquence de l'inquiétude au cours des 6 derniers mois (presque à tous les jours / % de la journée)?
- 5) Conséquences négatives redoutées?

6) Symptômes d'anxiété: présence au cours des 6 derniers mois, fréquence, coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes ressentis	Sévérité	La plupart du temps (O / N)
a) agitation / se sentir sur les nerfs		
b) facilement fatigué		
c) difficulté à se concentrer		
d) irritabilité		
e) tension musculaire		
f) insomnie / sommeil difficile		

7) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

8) Début du problème à un niveau sévère?

9) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

10) Facteurs qui déclenchent l'inquiétude?

- Fréquence d'inquiétude spontanée (0 à 8)?

11) Comportements sécurisants: vérifications, mesures de prévention, chercher à être rassuré, distraction? Fréquence des comportements les plus fréquents de 0 à 8.

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble obsessionnel-compulsif

1) Êtes-vous dérangé par des pensées/images/impulsions qui vous reviennent constamment à l'esprit, qui semblent insensées mais que vous ne pouvez pas empêcher (eg. penser de blesser quelqu'un)? Présent? Passé?

- Présence de comportements ou de pensées répétitives afin de soulager l'anxiété? Présent? Passé?

2) Cotation des obsessions et compulsions

Obsessions: encercler obsessions pertinentes et coter persistance / détresse et résistance de 0 à 8.

Types d'obsession	Persistance / Détresse	Résistance	Commentaires
a) doute b) contamination c) impulsions insensées d) impulsions agressives e) sexuel f) religieux / satanique g) blesser autrui h) images horribles i) pensées/images insensées (e.g., chiffres, lettres) j) autres:			

Compulsions: Encercler comportements pertinents et coter fréquence de 0 à 8.

Types de compulsions	Fréquence	Commentaires
a) compter b) vérifier c) laver d) accumuler e) répéter (physiquement, mentalement) f) séquence / ordre stéréotypé(e) g) autres:		

- 3) Pourcentage de la journée occupé par chaque obsession / par l'ensemble des obsessions (au moins 1 heure / jour)?
- 4) Pourcentage de croyance en chaque obsession au moment où elle occupe l'esprit? lorsqu'elle n'occupe pas l'esprit?
- 5) Facteurs déclenchants? Obsessions imposées de l'extérieur?
- 6) Signification accordée aux obsessions?
- 7) Pourcentage de la journée occupée par chaque compulsions / par l'ensemble des compulsions (au moins 1 heure/jour)?
- 8) Conscience de l'absurdité des compulsions / de leur caractère excessif? Présent? Passé?
- 9) Résistance aux compulsions: fréquence de la résistance? degré d'anxiété provoqué? conséquences redoutées?

10) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter détresse et interférence des obsessions et compulsions de 0 à 8.

11) Début du problème à un niveau sévère?

12) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Phobie spécifique

1) Présence de crainte ou d'évitement face à une des situations suivantes? Présent? Passé? Coter crainte et évitement de 0 à 8.

Situation anxiogène	Crainte	Évitement	Commentaires
a) animaux b) environnement naturel (hauteurs, tempêtes, eau) c) sang/injections/blessures-soi d) sang/inject./blessures-autrui e) avion f) espaces clos g) autres (interv. chirurg., dentiste, étouffement, vomiss., maladies):			

2) Conséquences redoutées dans chaque situation phobogène?

3) Anxiété ressentie à chaque exposition?

4) Anxiété au moment de l'exposition, retardée, anticipée?

5) Crainte de subir une attaque de panique? Présence d'attaques spontanées (voir trouble panique)? Situations où de telles crises se sont produites?

6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

7) Début du problème à un niveau sévère?

8) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble de stress post-traumatique / Trouble de stress aigu

- 1) Présence d'un événement traumatisant dans le présent ou dans le passé? Événement arrivé à soi?
A été témoin d'un tel événement? Préciser événement et date.
- 2) Réaction émotive au cours de l'événement (peur intense, impuissance, horreur)?
- 3) Présence de souvenirs / pensées intrusives / rêves / sentiment de détresse en se rappelant l'événement? Présent? Passé?
- 4) Combien de temps après l'événement les symptômes sont-ils apparus?
- 5) Cotation des symptômes de stress post-traumatique: encercler symptômes pertinents et coter fréquence et détresse / sévérité de 0 à 8.

Symptômes	Fréquence	Détresse/Sévérité	Commentaires
a) souvenirs envahissants			
b) rêves			
c) impression de revivre l'événement			
d) détresse lorsqu'exposé à des stimuli associés à l'événement			
e) réaction physique lorsqu'exposé à des stimuli			
f) évite d'y penser ou d'en parler			
g) évite activités / situations associées			
h) trous de mémoire			
i) perte d'intérêt			
j) détachement émotionnel			
k) restriction des émotions			
l) désespoir face à l'avenir			
m) insomnie			
n) irritabilité / colère			
o) concentration difficile			
p) hypervigilance			
q) réaction de sursaut exagéré			
r) agitation			
s) dépersonnalisation / irréalité			
t) autres:			

- 6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 7) Souvenir de la date précise de l'événement? Début et fin lorsque stresser chronique?
- 8) Début du problème à un niveau sévère?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble dépressif majeur

- 1) Présence d'humeur dépressive, de tristesse, de perte d'intérêt pour les activités habituelles?
Présent? Passé?
- 2) Fréquence de l'humeur dépressive et/ou de la perte d'intérêt au cours des 2 dernières semaines
(presque tous les jours)?
- 3) Cotation des symptômes dépressifs: encercler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes dépressifs	Sévérité	Presque tous les jours O / N
a) perte ou gain de poids imp. b) insomnie ou hypersomnie c) agitation ou ralentissement d) fatigue ou perte d'énergie e) sentiment d'être un vaurien f) culpabilité g) concentration difficile h) difficulté à prendre décisions i) penser à la mort ou au suicide j) autres:		

- 4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 5) Début du problème à un niveau sévère?
- 6) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble dysthymique

- 1) Présence d'humeur dépressive ou de tristesse au cours des 2 dernières années? Présent? Passé?
- 2) Pourcentage du temps où l'humeur est dépressive presque toute la journée?
- 3) Persistance: présence de périodes de 2 mois ou plus où l'humeur était normale? Quand?
- 4) Cotation des symptômes dépressifs: encercler les symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8 et persistance.

Symptômes dépressifs	Sévérité	Persistance O / N
a) perte d'appétit ou hyperphagie b) insomnie ou hypersomnie c) baisse d'énergie ou fatigue d) faible estime de soi / sentiment d'échec e) difficulté concentration ou prise de décision f) désespoir / pessimisme g) autres:		

- 5) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 6) Début du problème à un niveau sévère?
- 7) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Manie / Cyclothymie

- 1) Présence d'épisodes d'humeur excessivement exaltée ou irritable? Période la plus récente?
Durée
- 2) Cotation des symptômes de manie: encrer symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8 et persistance.

Symptômes de manie	Sévérité	Presque tous les jours O / N
a) irritabilité		
b) humeur exaltée ou expansive		
c) estime de soi exagérée / idées de grandeur		
d) réduction du besoin de dormir		
e) fuite des idées / idées défilent rapidement		
f) distraction		
g) augmentation des activités		
h) activités agréables mais dommageables (e.g., achats, promiscuité sexuelle)		
i) volubilité		
j) idées délirantes / hallucinations		
k) autres:		

- 3) Durée du dernier épisode maniaque? Persistance au delà d'une semaine? Dates début et fin?
- 4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 5) Début du problème à un niveau sévère?
- 6) Facteurs ayant pu entraîner le problème?
- 7) Proximité d'un épisode dépressif (avant / après)?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Hypochondrie

- 1) Présence de crainte ou conviction d'avoir une maladie grave? Préciser maladies redoutées?
Présent? Passé? Épisode le plus récent?
- 2) Présence de symptômes réels associés à la maladie? Lesquels? Fréquence?
- 3) Consultations médicales? Fréquence? Résultats des examens?
- 4) Capacité de se rassurer si les examens sont négatifs? Durée du sentiment de rassurance?
Réapparition de la crainte?
- 5) Pourcentage actuel de conviction d'avoir la maladie? Existence de preuves qui permettraient de rassurer la personne?
- 6) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 7) Début du problème à un niveau sévère? Présence au cours des 6 derniers mois?
- 8) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble de somatisation

- 1) Présence de nombreux problèmes de santé différents au cours de la vie? Consultations médicales répétées? Interférence sur la vie quotidienne? Difficulté à déterminer l'origine de ces problèmes de santé?

2) Cotation des symptômes physiques: encercler symptômes pertinents, coter sévérité de 0 à 8, spécifier si apparition avant 30 ans et si le symptôme est non organique ou excessif.

Symptômes physiques	Sévérité	Avant 30 ans O / N	Non organique - excessif O / N
<p>a) <u>Douleurs</u> (au moins 4) maux de tête douleurs abdominales maux de dos douleurs articulaires douleurs aux extrémités douleurs thoraciques douleurs rectales douleurs durant relations sexuelles douleurs durant menstruations douleurs urinaires</p> <p>b) <u>Gastro-intestinaux</u> (au moins 2) nausées diarrhée ballonnements vomissements intolérances à des aliments</p> <p>c) <u>Pseudoneurologiques</u> (au moins 1) cécité vision double surdité perte de sensations tactiles hallucinations aphonie trouble de coordination / équilibre paralysie ou faiblesse musculaire difficulté à avaler difficultés respiratoires rétention urinaire crises ou convulsions amnésie perte de conscience</p> <p>d) <u>Symptômes sexuels</u> (au moins 1) indifférence sexuelle troubles érectiles ou de l'éjaculation cycles menstruels irréguliers saignement menstruel excessif vomissements durant grossesse</p>			

3) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.

4) Début du problème à un niveau sévère?

5) Facteurs ayant pu entraîner le problème?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Trouble mixte anxiété-dépression

N.B. Ne pas faire passer aux personnes recevant actuellement ou ayant déjà reçu un diagnostic de trouble anxieux ou de l'humeur.

1) Ces temps-ci, la personne se sent-elle abattue ou déprimée, ou bien anxieuse ou tendue? Passé?
Indiquer épisode le plus récent.

2) Pourcentage du temps occupé par ces sentiments au cours du dernier mois (majorité des jours)?

3) Cotation des symptômes: encercler symptômes pertinents et coter sévérité de 0 à 8.

Symptômes	Sévérité 0 à 8
a) difficultés de concentration ou impression d'avoir la tête vide	
b) insomnie ou sommeil interrompu, agité ou peu reposant	
c) fatigue ou faible niveau d'énergie	
d) irritabilité	
e) inquiétude à propos de sujets quotidiens	
f) tendance à pleurer facilement	
g) hypervigilance	
h) tendance à craindre le pire	
i) désespoir face à l'avenir	
j) faible estime de soi - sentiment d'être un vaurien	

4) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Voter interférence et détresse de 0 à 8.

5) Début du problème à un niveau sévère?

6) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Abus d'alcool / Dépendance à l'alcool

- 1) Consommation d'alcool habituelle?: préciser types et quantités. Passé? Épisode le plus récent?
- 2) Problèmes associés à l'abus / la dépendance à l'alcool: encercler problèmes pertinents et coter fréquence / sévérité de 0 à 8.

Problèmes associés à l'abus / la dépendance à l'alcool	Fréquence / Sévérité
a) rendement réduit ou absentéisme au travail (aux études)	
b) problèmes légaux	
c) disputes avec la famille ou amis à propos de l'alcool	
d) consommation d'alcool dans des conditions dangereuses	
e) consommation pour diminuer anxiété ou humeur dépressive	
f) besoin de boire davantage pour obtenir effet recherché	
g) diminution des effets de la même quantité d'alcool	
h) symptômes de sevrage	
i) besoin de prendre une autre substance pour diminuer effet de sevrage	
j) consommation excédant ce que la personne aimerait	
k) difficulté à diminuer ou contrôler consommation	
l) accorder beaucoup de temps à l'alcool	
m) abandon ou diminution des activités de loisir et sociales	
n) poursuite de la consommation en dépit des problèmes médicaux ou émotionnels qu'elle occasionne	

- 3) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 4) Début du problème à un niveau sévère?
- 5) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Abus de substances psychoactives / Dépendance à des substances psychoactives

- 1) Consommation de caféine habituelle?: préciser type et quantités. Problèmes médicaux associés?
- 2) Consommation de substances illicites? Présent? Passé? Préciser type et quantités.
- 3) Consommation excessive de médicaments d'ordonnance ou en vente libre? Préciser type et quantités.

- 4) Problèmes associés à l'utilisation d'une substance psychoactive: encercler problèmes pertinents et coter fréquence / sévérité de 0 à 8.

Problèmes associés à l'utilisation d'une substance psychoactive	Fréquence / Sévérité
a) rendement réduit ou absentéisme au travail (aux études)	
b) problèmes légaux	
c) disputes avec la famille ou amis à propos de la consommation	
d) consommation dans des conditions dangereuses	
e) consommation pour diminuer anxiété ou humeur dépressive	
f) besoin de consommer davantage pour obtenir effet recherché	
g) diminution des effets de la même quantité de la substance	
h) symptômes de sevrage	
i) besoin de prendre une autre substance pour diminuer effet de sevrage	
j) consommation excédant ce que la personne aimerait	
k) difficulté à diminuer ou contrôler consommation	
l) accorder beaucoup de temps à consommer ou à se procurer la substance	
m) abandon ou diminution des activités de loisir et sociales	
n) poursuite de la consommation en dépit des problèmes médicaux ou émotionnels qu'elle occasionne	

- 5) Conséquences sur le fonctionnement quotidien? Coter interférence et détresse de 0 à 8.
- 6) Début du problème à un niveau sévère?
- 7) Facteurs ayant pu entraîner le problème? Stresseurs? Que se passait-il à l'époque?

Impression clinique - présence du trouble? OUI NON

Psychose non organique / Symptômes de conversion

- 1) Présence d'un déficit dans le fonctionnement physique (paralysie, convulsions, douleurs intenses)? Présent? Passé? Préciser nature.
- 2) Présence d'expériences étranges et inhabituelles:
- entendre ou voir des choses que les autres ne perçoivent pas
 - entendre des voix ou des conversations alors qu'il n'y a personne
 - avoir des visions que les autres n'ont pas
 - avoir la sensation que quelque chose d'étrange se passe autour de soi
 - penser que les gens font des choses pour vous mettre à l'épreuve, vous blesser
 - devoir être sur vos gardes face aux autres

Antécédents familiaux de troubles psychologiques

Présence de maladie mentale dans la famille: préciser trouble, lien de parenté, date du problème et traitement reçu

Antécédents médicaux et de traitement

1) Antécédents d'hospitalisation pour anxiété, dépression, abus de substance ou autre problème émotionnel?: préciser trouble, date, hôpital, résultats / traitement reçu

2) Antécédents de traitement à l'externe ou d'évaluation pour des problèmes émotionnels ou personnels?: préciser trouble, date, hôpital, résultats / traitement reçu

3) Prise actuelle/antérieure de médicaments contre l'anxiété, la dépression ou autre problème émotionnel?: préciser type et quantités, problèmes reliés à la consommation de ces médicaments, au sevrage, etc.

4) Taille: Poids:

5) Médecin traitant et clinique habituelle:

6) Traitements actuels pour une condition physique particulière:

7) Date du dernier examen médical:

8) Résultats du dernier examen médical:

9) Hospitalisations antérieures pour problèmes physiques:

10) Présence des maladies suivantes:

Conditions physiques	Oui / Non	Date	Commentaires
a) diabète			
b) problèmes cardiaques			
c) hypertension/hypotension			
d) épilepsie			
e) cancer			
f) maladie de la thyroïde			
g) autre problème hormonal			
h) asthme			
i) autre problème respiratoire			
j) migraines / céphalées			
k) accident cérébrovasculaire			
l) troubles gastro-intestinaux			
m) maladies du sang			
n) VIH/SIDA			
o) allergies			

11) Présence des conditions physiques précédentes dans la famille?

12) Fumez-vous?

13) Examens médicaux au cours des 5 dernières années?

Quel est le problème principal pour lequel vous désirez de l'aide?

Y'a-t-il un sujet que nous n'avons pas abordé ou dont nous n'avons pas suffisamment parlé?

État mental:

Comportement pendant l'entrevue:

Notes:

Résumé narratif: description par le clinicien des symptômes qui ont motivé la consultation, les antécédents, les facteurs de maintien, l'impression diagnostique, etc.

Cotation de la sévérité et diagnostics selon le DSM-IV:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Aucune		Légèrement dérangeant/ handicapant		Passablement dérangeant/ handicapant		Très dérangeant/ handicapant		Extrêmement dérangeant/ handicapant

Axe I: Principal:

Sévérité:

Secondaires:

Sévérité:

Axe II:

Axe III:

Axe IV: Aigu: Persistant:

Facteurs de stress:

Axe V: Actuel: Dernière année:

Niveau de certitude diagnostique (0 - 100):

Si moins de 70, commenter:

Date : _____ Condition : _____ Temps : _____ ID _____

Questionnaire SCID-II* (version brève pour le projet VC-TAG)

INSTRUCTIONS

Ces questions portent sur le genre de personne que vous êtes généralement, c'est-à-dire, sur votre façon habituelle de vous sentir et de vous comporter au cours des dernières années. Encercliez « OUI » ou « NON » si la question s'applique entièrement ou presque entièrement à vous. Sautez les questions que vous ne comprenez pas.

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Vous est-il arrivé(e) souvent de faire des efforts démesurés et de poser des gestes excessifs pour empêcher qu'une personne à laquelle vous teniez beaucoup vous quitte? | NON | OUI |
| 2. Est-ce que vos relations interpersonnelles significatives ont beaucoup de « hauts et de bas »? | NON | OUI |
| 3. Vous est-il arrivé de changer subitement votre façon de vous définir en tant qu'individu et vos objectifs de vie? | NON | OUI |
| 4. Est-ce que votre sentiment d'identité personnelle change souvent de façon dramatique? | NON | OUI |
| 5. Est-ce que votre façon d'être diffère tellement selon les personnes avec qui vous êtes et selon les circonstances que parfois vous ne savez plus vraiment qui vous êtes? | NON | OUI |
| 6. Avez-vous souvent changé d'idées par rapport à vos buts à long terme, plans de carrière ou croyances religieuses? | NON | OUI |
| 7. Vous arrive-t-il fréquemment de faire des choses de façon très impulsive? | NON | OUI |
| 8. Avez-vous déjà tenté ou menacé de vous blesser ou de vous enlever la vie? | NON | OUI |
| 9. Vous êtes-vous déjà infligé(e) de façon intentionnelle, des coupures, des brûlures ou des égratignures sévères? | NON | OUI |
| 10. Avez-vous beaucoup de sauts d'humeur? | NON | OUI |
| 11. Vous sentez-vous souvent « vide » à l'intérieur? | NON | OUI |
| 12. Avez-vous souvent des accès de colère incontrôlables? | NON | OUI |
| 13. Vous arrive-t-il de frapper ou de lancer des objets lorsque vous êtes en colère? | NON | OUI |
| 14. Vous arrive-t-il de vous mettre en colère pour des banalités? | NON | OUI |
| 15. Lors des périodes de stress intenses, vous est-il déjà arrivé(e) de devenir méfiant(e) envers les autres ou de vous sentir particulièrement confus(e) et désorienté(e)? | NON | OUI |

*American Psychological Association (1997) ©. Traduction et adaptation francophone pour le Québec par : Pelletier, O. Université Laval.

**PERSONNALITÉ
BORDERLINE****CRITÈRES DX de la
PERSONNALITÉ BORDERLINE**

A. Caractéristiques dominées par une instabilité au plan des relations interpersonnelles, de l'image de soi, de l'affect, et par une impulsivité marquée, débutant chez le jeune adulte et présent dans une variété de contextes tel qu'indiqué par 5 des suivants:

90. Vous avez dit qu'il vous était arrivé souvent de faire des efforts démesurés ou de poser des gestes excessifs pour empêcher qu'une personne à laquelle vous tenez vraiment vous quitte.
- (1) efforts frénétiques pour éviter l'abandon réel ou imaginé (NE PAS INCLURE LES CPTS SUICIDAIRES OU AUTO-MUTILATOIRES COUVERTS À L'ITEM (5))
- ? 1 2 3 112
- Quel genre de choses avez-vous faites ?
- (Avez-vous déjà menacé ou supplié quelqu'un de ne pas vous quitter ?)
- 3 = plusieurs exemples
91. Vous avez dit que vos relations interpersonnelles significatives ont beaucoup de "hauts et de bas".
- (2) patron de relations interpersonnelles instables et intenses, caractérisé par une alternance entre l'idéalisation et la dévalorisation
- ? 1 2 3 113
- Parlez-moi en.
- (Est-ce qu'il y a des moments où vous penser que ces personnes ont toutes les qualités que vous avez toujours recherchées et d'autres moments où vous pensez exactement le contraire ?)
- 3 = soit une relation prolongée ou plusieurs relations brèves dans lesquelles ce patron d'alternance est survenu à au moins 2 reprises
- (Combien de relations semblables avez-vous eu ?)
92. Vous avez dit qu'il vous était (3) perturbation de l'identité: ? 1 2 3 114
- ? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrai

arrivé de changer subitement
votre façon de vous définir en
tant qu'individu et vos
objectifs de vie.

instabilité prononcée et
persistante de l'image de soi ou
sentiment de soi

Donnez-moi des exemples
de cela.

(Note: ne pas inclure l'incertitude
normale de l'adolescence)

3 = reconnaît le trait

93. Vous avez dit que votre
sentiment d'identité
personnelle change souvent
de façon dramatique.

Parlez-moi en davantage.

94. Vous avez dit que votre
façon d'être diffère
tellement selon les personnes
avec qui vous êtes et selon
les circonstances que parfois
vous ne savez plus vraiment
qui vous êtes.

Donnez-moi des exemples de
cela. (Vous sentez-vous ainsi
souvent ?)

95. Vous avez dit avoir souvent
changé d'idées par rapport à
vos buts à long terme, plans
de carrière, croyances
religieuses etc.

Parlez-moi en davantage.

SCID-II DSM-IV

Personnalité Borderline

Page 38

96. Vous avez dit qu'il vous arrivait souvent de faire des choses de façon très impulsive. (4) impulsivité dans au moins deux domaines qui sont potentiellement dommageables (e.g., dépenses, activités sexuelles, abus de substance, conduite dangeureuse, frénésies alimentaires). ? 1 2 3 115
- Quel genre de choses ?
(Comme par exemple ...
- acheter des choses sans en avoir vraiment les moyens ?
- avoir des relations sexuelles non-protégées ou avec des personnes que vous ne connaissez pratiquement pas ?
- trop boire ou prendre des drogues ?
- conduire de façon imprudente ?
- faire des excès alimentaires ?
- (NE PAS INCLURE LES CPTS SUICIDAIRES OU MUTILATOIRES COUVERTS À L'ITEM (5)).
- 3 = plusieurs exemples démontrant un patron de comportements impulsifs (pas nécessairement limité aux exemples cités)
- SI OUI À UNE OU L'AUTRE DE CES QUESTIONS:
Parlez-moi de cela. Combien de fois est-ce arrivé ? Quel genre de problèmes cela vous a-t-il causé ?
97. Vous avez dit avoir déjà tenté ou menacé de vous blesser ou de vous enlever la vie. (5) comportements, menaces ou gestes suicidaires ou d'auto-mutilation récurrents ? 1 2 3 116
98. Vous avez dit vous être déjà infligé de façon intentionnelle des coupures, des brûlures ou des égratignures sévères. 3 = deux événements ou plus (à des moments autres que lors d'un épisode de dépression majeure)
Parlez-moi en.

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrai

SCID-II DSM-IV	Personnalité Borderline	Page	39
<p>99. Vous avez dit avoir beaucoup de sauts d'humeur.</p> <p>Parlez-moi en.</p> <p>(Combien de temps durent vos périodes de mauvaises humeur ? À quelle fréquence ces sauts d'humeur surviennent-ils ? Dans quelle mesure vos changements d'humeur sont-ils soudains ou brusques ?)</p>	<p>(6) instabilité de l'affect causée par une réactivité marquée de l'humeur (e.g. dysphorie épisodique intense, irritabilité ou anxiété s'échellonnant généralement sur des périodes de quelques heures et rarement sur plus de quelques jours)</p> <p>3 = reconnaît le trait</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>117</p>
<p>100. Vous avez dit vous sentir souvent "vide" à l'intérieur.</p> <p>Parlez-moi en davantage.</p>	<p>(7) sentiments chroniques de vide</p> <p>3 = reconnaît le trait</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>118</p>
<p>101. Vous avez dit avoir souvent des accès de colère incontrôlables.</p>	<p>(8) expression intense et inappropriée de la colère ou difficulté à en contrôler l'expression (e.g. crises de colère fréquentes, batailles physiques répétées, etc.)</p> <p>3 = reconnaît le trait et au moins un exemple OU plusieurs exemples</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>119</p>
<p>102. Vous avez dit qu'il vous arrivait de frapper ou de lancer des objets lorsque vous êtes en colère.</p> <p>Parlez-moi en.</p>	<p>3 = reconnaît le trait et au moins un exemple OU plusieurs exemples</p>		
<p>103. Vous avez dit qu'il vous arrivait de vous mettre en colère pour des banalités.</p> <p>Quand cela se produit-il ?</p> <p>(Est-ce que cela se produit souvent ?)</p>			

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrai

- | | | | | |
|------|---|---|---------|-----|
| 104. | Vous avez dit que lors de périodes de stress intenses, il vous était arrivé de devenir méfiant(e) envers les autres ou de vous sentir particulièrement confus(e) et désorienté(e)

Parlez-moi en. | (9) idéation paranoïde ou symptômes dissociatifs sévères transitoires et reliés à des stressseurs

3 = plusieurs exemples qui ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble psychotique ou d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques | ? 1 2 3 | 120 |
|------|---|---|---------|-----|

**AU MOINS 5 CRITÈRES
SONT COTÉS "3"**

1 3 121

PERSONNALITÉ

BORDERLINE

? = information inadéquate 1 = absent ou faux 2 = sous-seuil 3 = seuil ou vrai

Date: _____ Rencontre : _____ Site : _____ Condition : _____ ID : _____

Nom du thérapeute: _____

INVENTAIRE D'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE (version client)

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 frustrent.
- _____ 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).

Date: _____ Rencontre : _____ Site : _____ Condition : _____ ID : _____

Nom du thérapeute: _____

Inventaire d'alliance de thérapeutique (version thérapeute)

Vous trouverez ci-dessous des énoncés décrivant divers sentiments ou pensées qu'un(e) thérapeute peut avoir à l'égard du (de la) client(e). Veuillez indiquer jusqu'à quel point chaque énoncé décrit la façon dont vous vous sentez ou ce que vous pensez.

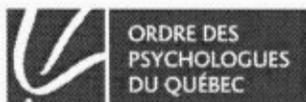
Jamais	Rarement	De temps à autre	Quelques fois	Souvent	Très souvent	Toujours	
1	2	3	4	5	6	7	
1- Je me sens inconfortable avec ce(cette) cliente(e)	1	2	3	4	5	6	7
2- Ce(cette) client(e) et moi, nous nous entendons sur les mesures qui devront être entreprises afin d'améliorer sa situation	1	2	3	4	5	6	7
3- Je m'inquiète à propos des résultats de la thérapie	1	2	3	4	5	6	7
4- Ce(cette) cliente(e) et moi avons confiance que ce que nous faisons en thérapie est utile	1	2	3	4	5	6	7
5- J'ai l'impression de bien comprendre ce(cette) client(e)	1	2	3	4	5	6	7
6- Ce(cette) client(e) et moi partageons une perception commune des objectifs thérapeutiques	1	2	3	4	5	6	7
7- Ce(cette) client(e) trouve que ce que nous faisons en thérapie est mêlant	1	2	3	4	5	6	7
8- Je crois que ce(cette) client(e) m'aime bien	1	2	3	4	5	6	7
9- J'aimerais que ce(cette) client(e) et moi puissions clarifier le but de nos rencontres de thérapie	1	2	3	4	5	6	7
10- Je ne suis pas en accord avec ce(cette) client(e) au sujet des objectifs de la thérapie	1	2	3	4	5	6	7
11- Je crois que le temps que ce(cette) client(e) et moi passons ensemble n'est pas utilisé efficacement	1	2	3	4	5	6	7

12- J'ai des doutes sur ce que nous essayons de réaliser en thérapie	1	2	3	4	5	6	7
13- Je suis clair(e) et explicite au sujet des responsabilités de ce(cette) client en thérapie	1	2	3	4	5	6	7
14- Les objectifs des rencontres de thérapie sont importants pour ce(cette) client(e)	1	2	3	4	5	6	7
15- Je trouve que ce que ce(cette) client(e) et moi faisons en thérapie n'est pas pertinent pour ses problèmes	1	2	3	4	5	6	7
16- Je sens que ce que nous faisons en thérapie va aider ce(cette) client(e) à accomplir les changements qu'il(elle) désire	1	2	3	4	5	6	7
17- Je suis vraiment préoccupé(e) par le bien-être de ce(cette) client(e)	1	2	3	4	5	6	7
18- Je suis clair(e) au sujet de mes attentes envers ce(cette) cliente(e) lors des rencontres de thérapie	1	2	3	4	5	6	7
19- Ce(cette) client(e) et moi nous respectons mutuellement	1	2	3	4	5	6	7
20- Je sens que je ne suis pas entièrement honnête à propos de mes sentiments envers ce(cette) client(e)	1	2	3	4	5	6	7
21- Je suis confiant(e) en ma capacité de pouvoir aider ce(cette) client(e)	1	2	3	4	5	6	7
22- Nous travaillons en vue d'atteindre des objectifs sur lesquels nous nous sommes entendu(e)s	1	2	3	4	5	6	7
23- J'apprécie ce(cette) client(e) en tant que personne	1	2	3	4	5	6	7
24- Nous nous entendons sur ce qui est important de travailler en thérapie	1	2	3	4	5	6	7
25- Suite aux rencontres de thérapie, ce(cette) client(e) a une idée claire de ce qu'il(elle) doit faire pour changer	1	2	3	4	5	6	7
26- Ce(cette) client(e) et moi avons développé une confiance mutuelle	1	2	3	4	5	6	7
27- Ce(cette) client(e) et moi avons des opinions différentes quant à la nature réelle de ses problèmes	1	2	3	4	5	6	7

28- Notre relation est importante pour ce(cette) client(e)	1	2	3	4	5	6	7
29- Ce(cette) client(e) a l'impression que s'il (elle) fait ou dit quelque chose d'incorrect, je cesserai de travailler avec lui(elle)	1	2	3	4	5	6	7
30- Ce(cette) client(e) et moi avons collaboré à l'établissement des objectifs de la thérapie	1	2	3	4	5	6	7
31- Ce(cette) client(e) est frustré(e) par ce que je lui demande de faire en thérapie	1	2	3	4	5	6	7
32- Nous avons établi entre nous une bonne compréhension des types de changements qui seraient bons pour ce(cette) client(e)	1	2	3	4	5	6	7
33- Les choses que nous faisons en thérapie ne font pas beaucoup de sens pour ce(cette) client(e)	1	2	3	4	5	6	7
34- Ce(cette) client(e) ne sait pas à quoi s'attendre concernant les résultats de la thérapie	1	2	3	4	5	6	7
35- Ce(cette) client(e) croit que la façon dont nous travaillons sur son problème est correcte	1	2	3	4	5	6	7
36- Je respecte ce(cette) client(e) même lorsqu'il(elle) fait des choses que je n'approuve pas	1	2	3	4	5	6	7

APPENDICE G

GUIDE DE PRATIQUES CONCERNANT L'EXERCICE DE LA TÉLÉPSYCHOTHÉRAPIE



Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychologie

L'offre de services psychologiques à distance est de plus en plus répandue. Cette pratique pose des défis éthiques et déontologiques particuliers : consentement libre et éclairé, confidentialité, tenue et conservation des dossiers, etc. Certains aspects légaux sont aussi à considérer comme l'obligation ou non de détenir un permis dans la juridiction du client, l'âge de consentement, les lois d'accès à l'information, les lois de protection, etc.

Le psychologue est tenu de respecter son code de déontologie pour l'intervention à distance, comme pour tout autre type d'intervention.

En 2013, l'American Psychological Association (APA) a publié un document intitulé *Guidelines for the Practice of Telepsychology*. Le conseil d'administration de l'Ordre a endossé cette position et l'a fait traduire en français afin de la rendre disponible aux psychologues. Ce document, ci-après, s'intitule Guide de pratique concernant la pratique de la télépsychologie. Ce guide informe le psychologue sur d'importantes questions à considérer en lien avec la pratique à distance. Il faut tenir compte du fait que ce document a été développé dans le contexte légal et réglementaire qui prévaut aux États-Unis en ce qui a trait à l'exercice de la profession de psychologue. Le psychologue québécois doit faire les adaptations nécessaires en fonction du contexte législatif qui prévaut sur notre territoire.

Le guide de pratique de l'APA aborde les éléments suivants :

- Les technologies de l'information;
- Les normes professionnelles et déontologiques en lien avec l'intervention à distance;
- Le consentement éclairé;
- La confidentialité des données et de l'information;
- La sécurité et la transmission des données et des renseignements;
- La suppression des données, des informations et des dispositifs technologiques;
- L'administration de tests et les évaluations;
- La pratique d'une juridiction à une autre.

Quelques mises en garde

Nous attirons particulièrement votre attention sur les éléments qui suivent et nous vous invitons à consulter le Guide de pratique concernant la pratique de la télépsychologie pour en savoir davantage avant de vous engager dans l'offre de services à distance.

- **L'usage des technologies de l'information**
Il importe que le psychologue connaisse bien les moyens technologiques qu'il utilise pour ses interventions, en particulier leurs limites. Il est notamment recommandé de prévoir, avec le client, une procédure en cas d'interruption de signal dans la communication audio-vidéo. Il faut à cet égard exercer son jugement professionnel lorsqu'il s'agit d'offrir des services à distance à des clients vulnérables, notamment ceux qui présentent un risque suicidaire. Il est recommandé d'identifier les

ressources à proximité et à la portée du client en cas de besoin, notamment le réseau public de services d'urgence, le réseau professionnel et le réseau personnel du client, le cas échéant.

▪ **Les recours du client qui réside à l'extérieur du Québec**

L'interprétation juridique qui prévaut actuellement au Québec veut que le client se déplace virtuellement vers le psychologue et non l'inverse¹. Dans cette perspective, le service rendu à distance par le psychologue est considéré comme ayant été dispensé sur le territoire québécois, et ce, peu importe le lieu de résidence du client. Ceci a pour effet que la couverture d'assurance responsabilité professionnelle s'applique aux services dispensés à distance tant pour un client qui réside au Québec que pour celui qui réside à l'extérieur de notre territoire. Il en va de même du mandat de surveillance de l'exercice des membres qui revient à l'Ordre. Ainsi, peu importe où se situe le client, celui-ci peut s'adresser à l'Ordre pour une plainte déontologique ou toute question liée à la qualité des services professionnels reçus.

▪ **La nécessité de détenir un permis à l'extérieur du Québec**

Il est important de savoir que l'interprétation juridique voulant que ce soit le client qui se déplace vers le psychologue ne prévaut actuellement qu'au Québec et à Terre-Neuve-Labrador. Ainsi, dans les autres provinces canadiennes, on considère que le psychologue se déplace vers le client. Dans cette perspective, le psychologue se déplace virtuellement vers le lieu de résidence du client. Il est donc requis de détenir un permis pour offrir des services à distance dans la très grande majorité des provinces. C'est aussi le cas dans plusieurs juridictions nord-américaines. Nous recommandons donc aux psychologues de s'informer auprès de l'organisme de réglementation dans la juridiction où réside le client afin de valider si l'obtention d'un permis d'exercice y est requise pour l'offre de services à distance. Il faut savoir qu'en vertu de l'*Accord de commerce intérieur canadien* (ACI), depuis 2009, le psychologue québécois peut obtenir un permis d'exercice dans une autre province canadienne sur la base de son permis de l'Ordre. Il est donc beaucoup plus simple qu'autrefois d'obtenir un permis d'exercice dans une autre province canadienne.

▪ **Le psychologue qui réside hors Québec**

Il faut savoir que le fait d'être inscrit au Tableau de l'Ordre à titre de membre hors Québec ne confère aucun droit d'exercice tant sur le territoire québécois qu'à l'extérieur du Québec. Le statut de membre hors Québec ne permet donc pas d'offrir de services psychologiques à distance en tant que psychologue membre de l'Ordre. Le psychologue doit avoir son domicile professionnel au Québec et être inscrit comme membre régulier pour le faire.

Si des questions subsistent en lien avec l'offre de services psychologiques à distance, n'hésitez pas à communiquer avec la *direction de la qualité et au développement de la pratique* pour toute question de nature clinique, avec le *conseiller à la déontologie* de l'Ordre pour des questions déontologiques ou avec le *secrétariat général* pour des questions juridictionnelles ou liées à l'assurance responsabilité professionnelle.

Ordre des psychologues du Québec : 514 738-1881 / 1 800 363-2644

¹ Pour plus détails sur cette question, nous invitons à consulter la chronique « Les enjeux juridiques de la télépsychologie » publiée dans *Psychologie Québec* en mars 2009 par Me Édith Lorquet, conseillère juridique de l'Ordre.

Document préparé conjointement par l'APA, l'ASPPR et l'APAIT, traduit de l'anglais et adopté par le Conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec le 27 novembre 2015. Ce document a été préparé dans un contexte de pratique de la profession de psychologue aux États-Unis, le psychologue qui y réfère doit faire les adaptations nécessaires en fonction du contexte législatif québécois.

Guide de pratique concernant la pratique de la télépsychologie

Introduction

Le présent guide de pratique s'adresse au domaine émergent de l'offre de services psychologiques, qu'on appelle communément télépsychologie. La télépsychologie est définie, aux fins de ce guide de pratique, comme la prestation de services psychologiques à l'aide de technologies de télécommunications telles qu'exposées dans la « définition de la télépsychologie ». Le rôle accru de la technologie dans l'offre de services psychologiques et le développement continu de nouvelles techniques qui peuvent servir à la pratique de la psychologie offrent des opportunités, des enjeux et des défis uniques pour notre profession. Compte tenu des progrès de la technologie et du nombre accru de psychologues qui y ont recours dans leur pratique, nous avons élaboré ce guide de pratique pour former et encadrer ceux qui s'engagent dans la pratique de la télépsychologie.

Le présente guide de pratique est inspiré de normes et de lignes directrices pertinentes de l'American Psychological Association (APA), y compris les principes déontologiques des psychologues et le code de conduite (Code déontologique de l'APA) (APA, 2002a, 2010), et elles s'appuient sur les lignes directrices en matière de tenue des dossiers (APA, 2007). En outre, la raison d'être et l'application de chacune d'entre elles s'inspire des hypothèses et des principes qui guident les « lignes directrices de l'APA concernant la formation multiculturelle, la recherche, la pratique et les changements organisationnels chez les psychologues » (APA, 2003). Ainsi, ce guide de pratique prend appui sur des théories professionnelles, des pratiques fondées sur les données probantes et des définitions en vue d'offrir les meilleurs conseils concernant la pratique de la télépsychologie.

L'emploi du terme *guide de pratique* dans le présent document fait allusion à des énoncés qui suggèrent ou qui recommandent des comportements, des façons de faire ou des conduites précis de la part des psychologues. Les guides de pratique diffèrent des normes dans la mesure où les normes sont obligatoires, et assorties d'un mécanisme visant à les faire appliquer. Ainsi, les guides de pratique représentent ce vers quoi on tend. Elles visent à faciliter le développement systémique continu de la profession et à contribuer à la qualité de l'acte professionnel. Les guides de pratique ne sont pas obligatoires ou exhaustives, et elles peuvent ne pas s'appliquer à chaque professionnel ou situation clinique. Elles ne sont pas irrévocables et ne doivent pas avoir préséance sur le jugement des psychologues (APA, 2002b). Cependant, leur conception et leur utilisation peuvent servir à stimuler la pensée et la recherche.

Pour pratiquer la télépsychologie il faut tenir compte des exigences juridiques, des normes déontologiques, des technologies des télécommunications, des politiques internes et externes des organismes et d'autres contraintes extérieures, ainsi que des exigences qu'impose ce contexte professionnel particulier. Il peut arriver que le mode d'action diffère d'une situation à l'autre, selon ce que suggèrent différentes considérations, et il revient au psychologue d'équilibrer tous ces facteurs. Les guides de pratique aident le psychologue à prendre de telles

décisions. En outre, il est important que les psychologues soient au fait des lois et des règlements qui régissent la pratique autonome à l'intérieur et à l'extérieur des différentes juridictions, ainsi qu'à l'étranger, ce qui est particulièrement vrai lorsqu'ils offrent des services de télépsychologie. Lorsqu'un psychologue fournit des services à un client ou patient qui relève d'une autre juridiction, il se peut que la loi et les règlements ne soient pas les mêmes d'un endroit à l'autre. En outre, c'est la responsabilité des psychologues qui pratiquent la télépsychologie de maintenir et d'accroître leur niveau de compréhension des concepts liés à la prestation de services via les technologies de télécommunications. Rien dans le présent guide de pratique ne cherche à contrevenir aux limites imposées à l'acte professionnel des psychologues en vertu des normes déontologiques, des lois ou des règlements fédéraux ou d'état, ou encore à ceux qui travaillent dans des organismes et des établissements publics. Comme en toutes circonstances, les psychologues doivent connaître les normes de pratique qui ont cours dans la juridiction ou dans l'établissement où ils travaillent, et s'y conformer. Les recommandations liées à ce guide de pratique sont conformes à des principes éthiques généraux (Code déontologique de l'APA, 2002a, 2010) et les psychologues continuent d'être responsables d'appliquer toutes les normes de pratique juridiques et déontologiques lorsqu'ils offrent des services de télépsychologie.

Il faut noter qu'en vertu de la politique de l'APA, il faut généralement effectuer un relevé exhaustif de la documentation empirique pertinente, qui servira de base pour établir le besoin de lignes directrices et pour justifier les énoncés qui y figurent (APA, 2005). Les écrits qui appuient les travaux du groupe de travail sur la télépsychologie, et qui sous-tendent ce guide de pratique, sont des ouvrages riches de sens, pertinents et récents. La bibliographie qui accompagne cette recension des écrits comporte des études effectuées au cours des 15 dernières années, plus des études classiques qui offrent du support empirique et clinique, et des exemples pour ce guide de pratique. Cependant, la recension des écrits ne se prétend pas exhaustive et il ne s'agit pas de la révision globale et systématique de la documentation qu'on effectue habituellement lorsqu'on élabore des lignes directrices concernant la pratique clinique.

Définition de la télépsychologie (aussi appelée pratique à distance de la psychologie)

Aux fins du présent guide de pratique, la télépsychologie est définie comme la prestation de services psychologiques à l'aide des technologies des télécommunications. Par télécommunications, on entend la préparation, la transmission, la communication ou toute autre activité connexe de traitement de l'information par voie électrique, électromagnétique, électromécanique, électro-optique ou électronique (Comité sur les systèmes nationaux de sécurité, 2010). Les technologies des télécommunications comprennent, sans s'y limiter, le téléphone, les applications mobiles, les vidéoconférences interactives, les courriels, le clavardage, les textos et l'internet (sites Web d'entraide, blogs et médias sociaux). L'information qui est transmise peut être écrite, ou elle peut comprendre des images, des sons ou d'autres données. Les communications peuvent être synchrones, avec plusieurs parties qui

communiquent en temps réel (par exemple, vidéoconférence interactive, téléphone), ou asynchrones (par exemple, courriels, babillards électroniques, storage et envoi d'informations). Les technologies peuvent s'ajouter aux services classiques de personne à personne (par exemple, la remise de documents psychoéducatifs en ligne après une séance de thérapie) ou être utilisées seules (par exemple, thérapie ou développement du leadership offerts en vidéoconférence). Différentes technologies peuvent être utilisées selon différentes combinaisons et à différentes fins lorsqu'on offre des services à distance. Par exemple, des services directs peuvent être offerts par vidéoconférence et par téléphone, tandis que les courriels et les textos servent à rendre des services indirects (comme la prise de rendez-vous). Quel que soit le but, les psychologues doivent être conscients des avantages et des limites que représentent les technologies qu'ils choisissent pour des clients particuliers, dans des situations particulières.

Définitions opérationnelles

Le groupe de travail sur la télépsychologie s'est entendu sur les définitions opérationnelles suivantes, concernant les termes utilisés dans le présent document. En outre, ceux-ci et d'autres termes utilisés à travers le texte s'inspirent de définitions élaborées par les organismes américains suivants : Comité sur les systèmes de sécurité nationaux, Département de la santé et des services à la personne, Institut national des normes et de la technologie. Comme la terminologie et les définitions qui s'appliquent aux technologies et à leurs usages sont en constante évolution, on encourage les psychologues à consulter des glossaires et des publications d'organismes comme le Comité sur les systèmes de sécurité nationaux et l'Institut national des normes et de la technologie, qui ont le mandat de développer la terminologie et les définitions liées à la technologie et à leurs utilisations.

Le terme **client/patient** s'applique à la personne qui reçoit des services psychologiques, que les services soient rendus dans un contexte de soins de santé, de services en milieu de travail, de supervision ou de consultation. L'expression **en personne**, utilisée conjointement avec celle de « prestation de services », s'applique aux interactions où le psychologue et son client/patient partagent le même espace physique, et ne comprend pas les interactions qui s'effectuent par l'intermédiaire de moyens technologiques. L'expression à **distance**, également utilisée conjointement avec celle de « prestation de services à l'aide de technologies des télécommunications » s'applique à des services qui sont reçus à un endroit différent de celui où le psychologue est physiquement présent. L'expression à distance ne s'intéresse pas à la distance réelle, et il peut aussi bien s'agir du bureau voisin de celui du psychologue que d'un endroit situé à des milliers de kilomètres. Les termes **juridiction** ou **juridictionnel** sont utilisés lorsqu'on parle des organismes de réglementation comme les états, les territoires et les gouvernements provinciaux.

Enfin, certains termes dans le document traitent de confidentialité et de sécurité. Le mot **confidentialité** a trait au principe selon lequel les données ou les informations ne doivent pas être divulguées ou mises à la disposition de personnes ou de processus non autorisés. Les termes **sécurité** et **mesures de sécurité** s'appliquent à l'ensemble des mesures de protection dans un système d'information, qu'elles soient de nature administrative, matérielle ou technique. L'expression **système d'information** désigne une série inter-reliée de ressources d'information qui constitue un système, et comprend les logiciels, le matériel, l'information, les données, les applications, les communications et les personnes.

Besoin d'un guide de pratique

Le rôle accru des technologies des télécommunications dans la prestation des services et le développement continu de nouvelles technologies qui peuvent aider à la pratique de la psychologie viennent appuyer le besoin d'élaborer un guide de pratique pour encadrer la pratique dans ce domaine. La technologie permet d'augmenter l'accessibilité aux services psychologiques pour les clients ou patients. Certaines personnes dont l'accès à des services psychologiques est limité par leur situation géographique, leur état de santé, un diagnostic psychiatrique, leur situation financière ou d'autres obstacles peuvent accéder à des services psychologiques de grande qualité grâce à la technologie. Celle-ci facilite également l'offre de services psychologiques par l'ajout de nouvelles méthodes (comme la psychoéducation en ligne et la thérapie par vidéoconférence interactive), qui viennent s'ajouter aux services traditionnels en personne. Des données récemment colligées par le Centre d'études sur la population active de l'APA (2008), et le fait que la pratique à distance suscite de plus en plus de discussions dans les écrits professionnels, suggèrent que les psychologues, comme fournisseurs de services de santé, ont de plus en plus recours à la technologie pour prodiguer certains types de services (Baker et Bufka, 2011). Compte tenu de cet état de choses et du fait que Medicare et le secteur privé remboursent les services de télésanté, il est opportun, voire nécessaire, qu'un guide de pratique soit élaboré pour encadrer l'exercice de la psychologie à distance. De plus, les associations de psychologues des états américains et de l'étranger ont élaboré ou commencent à élaborer des guides de pratique pour encadrer l'offre des services psychologiques (Ohio Psychological Association, 2010; Société canadienne de psychologie, 2006; New Zealand Psychological Association, 2011).

Élaboration du guide de pratique

Ce guide de pratique a été élaboré par le Comité de travail conjoint pour le développement de guides de pratique en matière de télépsychologie à l'intention des psychologues (groupe de travail sur la télépsychologie) établi par les trois entités suivantes : l'American Psychological Association (APA), l'Association of State and Provincial Psychology Boards (ASPPB) et la Fiducie d'assurance de l'APA (APAIT). Ces organismes ont fourni du matériel, de l'expertise et des

conseils au groupe de travail concernant de nombreux aspects de la profession, y compris ceux liés aux principes et aux pratiques déontologiques, de réglementation et juridiques. Les membres du groupe de travail sont représentatifs d'une gamme étendue d'intérêts et de domaines d'expertise qui caractérisent la profession de psychologue, notamment par leur connaissance des questions liées à l'emploi de la technologie, des enjeux déontologiques, de l'attribution des permis, de la mobilité et du champ de pratique, pour n'en nommer que quelques-uns.¹

Le groupe de travail sur la télépsychologie reconnaît que les technologies des télécommunications constituent à la fois une opportunité et un défi pour les psychologues. Non seulement la pratique à distance accroît-elle la capacité des psychologues de fournir des services aux clients/patients, mais elle améliore aussi de beaucoup l'accès à des services qui, sans la technologie, ne seraient pas disponibles. En élaborant ce guide de pratique, le groupe de travail a passé de nombreuses heures à réfléchir au besoin qu'ont les psychologues d'être encadrés dans ce champ de pratique, aux questions nombreuses et complexes liées à la pratique à distance et aux expériences qu'eux-mêmes, et d'autres praticiens, vivent quotidiennement lorsqu'ils utilisent la technologie. On s'est concerté pour identifier ce que les technologies des télécommunications ont d'unique dans la prestation des services psychologiques, et qui diffèrent de ce qui existe dans les services rendus en personne. Deux éléments importants ont été retenus :

1. La connaissance du psychologue des technologies de télécommunications utilisées et sa compétence en la matière, et
2. Le besoin de s'assurer que le client/patient comprend bien les risques accrus en matière de sécurité et de confidentialité lorsqu'il a recours aux technologies de télécommunications.

Ce sont ces deux aspects, la connaissance qu'a le psychologue de l'exercice de la psychologie à distance et sa compétence à l'exercer, et le besoin de s'assurer que le client/patient comprend bien les risques potentiellement accrus du recours aux technologies pour la sécurité et la confidentialité, que les membres du groupe de travail mettront particulièrement de l'avant à travers l'ensemble du document.

¹ Le groupe de travail sur la télépsychologie était composé de psychologues dont quatre membres de l'American Psychology Association (APA), quatre membres de l'Association of State and Provincial Psychology Boards (ASPPB), et deux membres de la Fiducie d'assurance de l'APA (APAIF). Les co-présidents du groupe étaient Linda Campbell, PhD et Fred Millan PhD. Parmi d'autres membres figurent Margo Adams Larsen, PhD, Sara Smucker Barnwell, PhD, le Colonel Bruce E. Crow, D. psy, Terry S. Gock, PhD, Eric A. Harris, D. éd., Jana N. Martin, PhD., Thomas W. Miller, PhD. et Joseph S. Rallo, PhD. Le personnel de l'APA (Ronald S. Palomares, PhD., Joan Freund et Jessica Davis) et le personnel de l'ASPPB (Stephen de Mers, D. éd., Alex M. Siegel, PhD. et Janet Pippin Orwig) ont apporté un support direct au groupe. Le financement a été assuré par chacun des organismes respectifs, pour les rencontres en direct et les appels-conférence des membres du groupe en 2011 et 2012. Cet avant-projet deviendra caduc en tant que politique de l'APA, au plus tard 10 ans après la date où il a été initialement reconnu par l'APA. Par la suite, les utilisateurs sont encouragés à communiquer avec la direction générale de la pratique de l'APA pour s'assurer qu'il est toujours en vigueur.

Un autre sujet important dont les membres du groupe ont discuté était la pratique d'une juridiction à une autre. Dans ce guide de pratique, on encourage les psychologues à connaître toutes les lois et tous les règlements pertinents à l'offre de services psychologiques d'une juridiction à l'autre, ou à l'étranger, et à s'y conformer. Mais on ne favorise pas de mécanisme particulier pour encadrer le développement et la réglementation d'une pratique inter-juridictions. Cependant, le groupe de travail sur la télépsychologie a noté que, même si la profession de psychologue n'a pas encore de mécanisme pour réglementer la prestation de services psychologiques d'une juridiction à l'autre et à l'étranger, il est prévu qu'elle en développera un, compte tenu de la rapidité avec laquelle la technologie évolue et du recours accru à la pratique à distance de la part des psychologues qui exercent pour les autorités fédérales américaines, notamment au Département de la défense et au Département des affaires des Anciens combattants.

La compétence du psychologue

Guide de pratique 1 : Les psychologues qui offrent des services de télépsychologie cherchent à prendre des moyens raisonnables pour assurer leur compétence, à la fois en ce qui concerne les technologies qu'ils utilisent et l'impact potentiel de celles-ci sur leurs clients/patients, les personnes qu'ils supervisent et les autres professionnels.

Raison d'être

Les psychologues ont l'obligation déontologique primordiale de n'offrir des services professionnels que dans les limites de leur compétence, selon l'éducation, la formation, l'expérience de la supervision, la consultation, les études ou l'expérience professionnelle. Comme dans tous les domaines nouveaux et émergents où il n'existe pas encore de normes généralement reconnues pour la formation, les psychologues qui pratiquent à distance doivent prendre les moyens raisonnables pour appliquer les mêmes normes au développement de leur compétence. Les psychologues qui ont recours à la télépsychologie dans leur pratique ont la responsabilité de constamment évaluer les compétences, la formation, la consultation, l'expérience et les méthodes de gestion des risques nécessaires pour une pratique compétente.

Application

Les psychologues ont la responsabilité d'évaluer constamment leur compétence clinique et technique lorsqu'ils offrent des services à distance. Les psychologues qui utilisent ou qui ont l'intention d'utiliser des technologies de télécommunications pour offrir des services à leurs

clients ou patients doivent prendre les moyens nécessaires pour recevoir une formation professionnelle pertinente en vue d'acquérir les connaissances et de développer les aptitudes requises. Acquérir de la compétence peut exiger qu'on fasse des études supplémentaires ou qu'on reçoive de la formation, y compris, mais sans s'y limiter, une recension des écrits pertinents, la participation à des programmes de formation (par exemple, cliniques et techniques) et de l'enseignement continu portant spécifiquement sur la prestation des services grâce aux technologies des télécommunications. On recommande aux psychologues d'aller chercher de la consultation auprès de collègues ou d'autres ressources qui sont compétents en la matière.

On encourage les psychologues à examiner les données probantes disponibles pour déterminer quelles technologies de télécommunications s'appliquent plus précisément à leurs clients ou patients, en fonction de la documentation existante, des résultats de recherche actuels, des guides sur les pratiques exemplaires et des préférences de leurs clients ou patients. Il se peut qu'il n'y ait pas de recherches disponibles dans le cas de certaines technologies, et les clients ou patients doivent alors être informés que leur efficacité n'a pas été prouvée. Mais ceci n'est pas, en soi, un motif pour refuser de fournir le service au client ou patient. Un manque de preuves disponibles dans un nouveau domaine de pratique n'indique pas nécessairement que le service est inefficace. De plus, on encourage les psychologues à documenter ce dont ils ont tenu compte et ce qu'ils ont choisi lorsqu'ils ont adopté des technologies de télécommunications pour offrir des services.

Les psychologues comprennent l'importance d'assurer leur compétence lorsqu'ils utilisent la télépsychologie, et de faire en sorte que leurs clients ou patients soient aptes à s'engager et comprennent bien les risques et les avantages des interventions proposées qui font appel à des technologies particulières. Les psychologues prennent des moyens raisonnables pour comprendre comment les caractéristiques culturelles, linguistiques, socio-économiques ou autres (par exemple, l'état de santé, la stabilité psychiatrique, les incapacités physiques ou cognitives, les préférences personnelles) peuvent, en s'ajoutant à la culture organisationnelle, influencer sur l'utilisation efficace des technologies des télécommunications pour la prestation des services.

Les psychologues sont formés pour faire face aux situations d'urgence en fournissant des services cliniques traditionnels en personne, et ils connaissent généralement les ressources disponibles dans leur communauté pour effectuer des interventions en situation de crise auprès de leurs clients ou patients. Au moment de commencer à fournir des services à distance, les psychologues doivent prendre des moyens raisonnables pour identifier les ressources d'urgence dans la région où demeure leur client ou patient et pour apprendre comment y accéder, y compris des ressources auxquelles on peut s'adresser en cas d'urgence comme les numéros de téléphone d'urgence, les services d'admission à l'hôpital, les ressources cliniques locales, un responsable clinique dans une clinique partenaire où les services sont dispensés, une personne aidante dans l'entourage si c'est possible. Les psychologues doivent prévoir un plan pour contrer le manque de ressources disponibles, particulièrement celles qui sont nécessaires en situation

d'urgence, et pour prévoir d'autres facteurs susceptibles d'influer sur l'efficacité et sur la prestation sécuritaire du service. Les psychologues prennent des moyens raisonnables pour discuter avec les clients et pour leur fournir des instructions écrites claires sur ce qu'il convient de faire en situation d'urgence (par exemple, s'il y a un risque suicidaire). Dans le cadre de la planification d'urgence, on encourage les psychologues à prendre connaissance des lois et des règles en vigueur dans la juridiction où vit le patient et des différences avec celles qui prévalent là où il vit, ainsi que de documenter tout ce qui a trait à la planification.

De plus, les psychologues doivent avoir à l'esprit un éventail de plans de fin de traitement possibles lorsque les services de télépsychologie ne sont plus nécessaires ou souhaitables. Lorsqu'un client ou patient vit régulièrement des situations de crise ou d'urgence laissant entendre qu'il pourrait avoir besoin de services en personne, le psychologue doit prendre les moyens nécessaires pour le diriger vers une ressource locale qui prodigue des services de santé mentale, ou entreprendre lui-même une thérapie en personne.

On encourage les psychologues qui ont recours à la télépsychologie pour offrir des services de supervision ou de consultation à distance à des personnes ou organisations à consulter des personnes qui sont au fait des enjeux uniques que posent les technologies des télécommunications pour la supervision et la consultation. Le psychologue doit chercher à connaître les écrits professionnels qui portent sur la prestation des services via les technologies des télécommunications, et faire preuve de compétence dans l'utilisation des outils comme tels. En offrant des services de supervision ou de consultation par télépsychologie, il doit faire des efforts raisonnables pour faire preuve de compétence dans les services professionnels qu'il rend, dans le mode de télécommunication qu'il utilise pour rendre les services de supervision ou de consultation et dans l'outil qu'il emploie à cette fin. En outre, comme le développement des compétences cliniques de base de la personne supervisée s'effectue souvent en personne, on encourage le psychologue qui effectue cette tâche à distance à prévoir et à consacrer un temps suffisant à la supervision en personne, pour que la personne supervisée puisse atteindre la compétence nécessaire et faire les expériences requises.

Normes professionnelles et déontologiques pour la prestation des services de télépsychologie

Guide de pratique 2 : Les psychologues doivent faire tous les efforts nécessaires pour s'assurer du respect des normes professionnelles et déontologiques, pendant toute la durée des services de télépsychologie qu'ils dispensent et à la fin de ceux-ci.

Raison d'être

Les psychologues qui fournissent des services de télépsychologie doivent appliquer les mêmes normes de soins déontologiques et professionnelles que celles requises lorsqu'ils donnent des services en personne. L'utilisation des technologies des télécommunications pour livrer des services psychologiques est un domaine relativement nouveau et en rapide évolution, de sorte qu'on encourage les psychologues à prendre un soin particulier à évaluer le caractère approprié de ces technologies avant d'y avoir recours et pendant toute la durée des services, pour s'assurer qu'ils sont rendus d'une manière appropriée, efficace et sécuritaire.

La télépsychologie englobe un éventail de services qui font appel à de nombreuses technologies (par exemple, vidéoconférences interactives, téléphone, textos, courriels, services par internet et applications mobiles). Comme la recherche est florissante en télépsychologie, on peut en déduire que certaines interventions interactives à distance sont efficaces par rapport à celles de même nature qui sont effectuées en personne (on parle ici de thérapies spécifiques par vidéoconférence ou par téléphone). Ainsi, avant de s'engager à offrir des services à distance, les psychologues sont fortement incités à mener une évaluation initiale pour déterminer si ce genre de service est approprié pour leur client ou patient. Une telle évaluation peut comprendre l'étude des risques et des avantages possibles du recours à la télépsychologie pour répondre aux besoins particuliers de leur client ou patient, les questions multiculturelles et déontologiques susceptibles de se poser et une analyse du moyen (par exemple, téléconférence vidéo, textos, courriels) ou de l'option la plus appropriée. Dans le cadre de cette évaluation, on peut aussi se demander si des services en personne équivalents sont offerts, et pourquoi les services offerts à distance sont équivalents ou préférables à ceux-ci. En outre, le psychologue se doit d'évaluer de façon permanente si les services qu'il prodigue à distance sont appropriés, tout le temps qu'il rend les services en question.

Application

Quand on offre des services de télépsychologie, il est important de tenir compte des préférences des clients ou patients. Mais ceci ne doit pas être le seul critère pour évaluer si les services sont appropriés. Quand il s'agit de déterminer s'il faut recourir ou non à la télépsychologie, on encourage les psychologues à évaluer attentivement les avantages uniques de la prestation des services à distance (par exemple, accès aux soins, accès à de la consultation, commodité pour les clients, possibilité de répondre à leurs besoins spéciaux) par rapport aux risques uniques qu'elle présente (par exemple, sécurité des informations, gestion en situation d'urgence). En outre, les psychologues doivent être conscients que d'autres facteurs peuvent être pertinents pour évaluer s'il est opportun d'offrir des services de télépsychologie, comme le lieu de résidence du client, la culture organisationnelle, la compétence technologique (à la fois pour le psychologue et pour le patient ou client), l'état de santé, l'état mental et la stabilité, le diagnostic psychiatrique, l'utilisation actuelle ou passée de substances, l'historique des traitements et les besoins thérapeutiques. On encourage également les psychologues à communiquer les avantages et les risques de l'intervention à distance à leurs clients ou patients

et à présenter des preuves à l'appui. De plus, les psychologues peuvent envisager une certaine forme de contact initial en personne avec leur patient ou client pour faciliter une discussion active sur ces questions et pour mener la première évaluation.

Comme c'est le cas lorsqu'ils offrent des services traditionnels, les psychologues s'efforcent de suivre les pratiques exemplaires en matière de prestation de services, telles que décrites dans les écrits empiriques et les normes professionnelles (y compris les considérations multiculturelles), qui sont pertinentes au mode de pratique à distance qu'ils offrent. Ils doivent aussi tenir compte de la connaissance qu'a le patient ou client des technologies particulières utilisées pour rendre un service à distance précis, et de sa compétence à les utiliser. On encourage également les psychologues à réfléchir aux considérations multiculturelles et à la façon de gérer le mieux possible toute urgence susceptible de se présenter pendant que les services à distance sont rendus.

On encourage les psychologues à évaluer attentivement le milieu où les services à distance seront rendus, pour évaluer quel impact ce milieu pourrait avoir, le cas échéant, sur l'efficacité, la confidentialité ou la sécurité des services de télépsychologie proposés. Une telle évaluation peut comprendre une discussion de la situation du client ou du patient à domicile ou dans un contexte organisationnel, la présence de personnel technique ou apte à intervenir en cas d'urgence et de ressources de support, le risque que présentent les distractions, la possibilité de violations de la confidentialité et tout autre obstacle à la fourniture des services de télépsychologie. Dans la même optique, on encourage les psychologues à avoir une bonne discussion avec leurs clients ou patients concernant le rôle de ces derniers pour s'assurer que les sessions ne soient pas interrompues et que l'endroit où ils reçoivent les services soit confortable et propice aux progrès, ceci afin de maximiser l'impact des services vu que le psychologue n'a pas de contrôle sur ces facteurs à distance.

On incite fortement les psychologues à contrôler et à évaluer régulièrement les progrès de leurs patients lorsqu'ils offrent des services à distance, pour déterminer si les services en question sont toujours appropriés et bénéfiques pour le client ou patient. S'il y a un changement important chez le client ou patient, ou dans la relation thérapeutique, qui soit source d'inquiétude, le psychologue doit faire des efforts raisonnables pour prendre les mesures appropriées en vue de rajuster et de réévaluer la pertinence des services offerts à distance. S'il croit que la poursuite de tels services n'est plus bénéfique ou qu'elle présente un risque pour le bien-être émotionnel ou physique du patient ou client, le psychologue est encouragé à en discuter à fond avec celui-ci, à mettre fin de façon appropriée aux services, avec un délai suffisant, à diriger le patient ou client vers d'autres services ou à lui en proposer.

Consentement éclairé

Guide de pratique 3 : Les psychologues doivent faire des efforts raisonnables pour obtenir et le consentement éclairé de leurs clients, sous forme écrite, concernant les enjeux uniques liés aux services à distance qu'ils fournissent, et pour documenter ce consentement. Pour ce faire, ils sont au courant des lois et des règlements qui s'appliquent, ainsi que des exigences organisationnelles relatives à la notion de consentement éclairé.

Raison d'être

La façon d'expliquer les choses et d'obtenir le consentement éclairé, quelle que soit la façon dont on s'y prend, sert de base à l'établissement de la relation entre le psychologue et son client ou patient. Les psychologues font des efforts raisonnables pour offrir une description claire et complète des services à distance qu'ils fournissent, et cherchent à obtenir et à documenter le consentement éclairé lorsqu'ils fournissent des services professionnels (Code de déontologie de l'APA, Norme 3.0). De plus, ils essaient de développer des politiques et procédures qui expliquent à leurs clients ou patients comment ils interagissent avec eux à l'aide de technologies précises, et de les partager avec eux. Il peut être plus difficile d'obtenir et de documenter un consentement éclairé lorsque le psychologue ne vit pas au même endroit que le client ou le patient ou lorsqu'il n'y a pas d'interaction en personne. En outre, il peut y avoir des différences dans la notion de consentement éclairé lorsque le psychologue qui travaille à distance et son patient ou client ne relèvent pas de la même juridiction et sont donc soumis à des lois et règlements différents. Enfin, les psychologues peuvent devoir tenir compte de la manière dont les caractéristiques culturelles, linguistiques et socio-économiques, ainsi que les considérations organisationnelles, peuvent avoir un impact sur la façon dont le patient ou le client comprend la notion de consentement éclairé, et jouer sur la manière d'obtenir un consentement éclairé (par exemple, quand il faut obtenir le consentement éclairé à distance d'un parent ou d'un tuteur pour offrir des services de télépsychologie à un mineur).

Les services offerts à distance peuvent répondre à des considérations différentes lorsqu'il s'agit de se protéger contre les risques possibles à la confidentialité et à la sécurité des informations, par rapport à la pratique traditionnelle en personne. On encourage donc les psychologues à se renseigner sur les politiques et les procédures appropriées pour faire face aux dangers potentiels pour la sécurité des données et des renseignements personnels sur les clients, et à en informer ceux-ci de manière appropriée. Par exemple, les psychologues qui fournissent des services de télépsychologie peuvent s'entendre avec leurs clients sur les données et des renseignements personnels qui seront gardés en mémoire, sur la façon dont ils seront conservés et la façon d'y accéder, sur la sécurité des informations transmises à l'aide d'une technologie donnée et sur fait que la création et le stockage de données et de renseignements personnels par voie électronique entraîne une vulnérabilité pour la confidentialité et la sécurité.

Application

Avant de commencer à offrir des services à distance, les psychologues doivent être conscients de l'importance d'obtenir un consentement éclairé de leurs patients ou clients, sous forme écrite, concernant les enjeux uniques des services qu'ils offrent, et de documenter ce consentement. En s'appliquant à obtenir ce consentement éclairé, les psychologues doivent faire des efforts raisonnables pour utiliser un langage raisonnablement clair et, de plus, ils doivent tenir compte de facteurs culturels et linguistiques, de considérations organisationnelles et de toute autre question susceptible d'avoir un impact sur la compréhension par le client ou patient de la notion de consentement éclairé. Comme les enjeux uniques de l'offre de services psychologiques à distance font partie du consentement éclairé, les psychologues peuvent, en les ajoutant, indiquer comment eux et leurs clients ou patients utiliseront des technologies de télécommunications spécifiques, les limites qu'ils établiront et respecteront et les procédures pour répondre aux communications électroniques de la part des patients ou des clients. De plus, les psychologues doivent connaître les lois et les règlements pertinents en matière de consentement éclairé, à la fois dans la juridiction où ils ont leur pratique et dans celle où vivent leurs patients ou clients (voir la ligne directrice sur la pratique inter-juridictions pour de plus amples détails).

Outre les préoccupations uniques décrites ci-dessus, les psychologues sont encouragés à discuter avec leurs patients ou clients des questions liées à la confidentialité et à la sécurité lorsqu'on a recours à des modes de télécommunications particuliers. Dans cette optique, les psychologues qui souhaitent travailler à distance doivent être au fait de certains des risques inhérents aux différentes technologies des communications qu'ils utilisent, à la fois pour l'équipement (matériel, logiciels, autres composantes d'équipement) et pour les processus, et chercher à donner des informations adéquates pour que leurs patients ou clients soient en mesure de donner un consentement éclairé. Certains des risques sont liés à des problèmes technologiques et d'autres sont inhérents au fait qu'il s'agit de services à distance, comme des limites dans la continuité, la disponibilité et la pertinence de certains services (par exemple, administration des tests, évaluation et thérapie). Les psychologues doivent également penser de discuter avec leurs patients ou clients du rôle qu'ils jouent dans la protection des données et des renseignements qu'eux-mêmes leur envoient (par exemple, ne pas faire suivre les courriels du psychologue à d'autres personnes).

Un autre aspect unique de l'offre de services de télépsychologie est celui des informations sur la facturation. Dans le cadre du consentement éclairé, les psychologues doivent discuter avec leurs clients ou patients de ce qui sera compris dans la facture, avant qu'ils ne commencent à rendre les services. Les informations sur la facturation peuvent préciser le type de technologie de l'information utilisée, le type de service à distance offert, et la structure tarifaire pour chaque service rendu (par exemple, clavardage sur vidéo, frais pour les textos, services téléphoniques, frais de groupe pour les salons de clavardage, rendez-vous en urgence, etc.). On peut aussi y inclure des discussions sur les frais encourus en cas d'interruptions de service ou de pannes, la

responsabilité des coûts excédentaires par rapport aux plans d'origine, les réductions de coûts en cas de problèmes technologiques et tout autre frais lié aux services à fournir.

Confidentialité des données et de l'information

Guide de pratique 4 : Les psychologues qui offrent des services de télépsychologie doivent prendre des moyens raisonnables pour protéger et conserver le caractère confidentiel des données et des renseignements relatifs à leurs patients ou clients, et informer ceux-ci des risques potentiellement accrus de violation de la confidentialité qui sont inhérents aux technologies des télécommunications, s'il y a lieu.

Raison d'être

L'utilisation des technologies des télécommunications et les progrès technologiques rapides présentent des défis uniques pour les psychologues qui doivent protéger la confidentialité de leurs patients ou clients. Avant d'utiliser ces moyens technologiques, les psychologues qui travaillent à distance doivent apprendre à connaître les risques qu'ils présentent pour la confidentialité. Au besoin, les psychologues devront consulter des technologues experts pour accroître leurs connaissances afin d'appliquer dans leur pratique des mesures de sécurité pour protéger et maintenir la confidentialité des données et des renseignements relatifs à leurs patients ou clients.

Parmi les risques possibles pour la confidentialité il y a l'usage des moteurs de recherche et la participation à des réseaux sociaux. D'autres défis qui se présentent dans le domaine sont la protection des données et des renseignements personnels confidentiels contre l'atteinte malicieuse ou involontaire à la sécurité des systèmes que le psychologue a établis, ou des questions limitées qui se posent du fait que le psychologue utilise des moteurs de recherche ou participe à des réseaux sociaux. Toute participation à internet de la part des psychologues est susceptible d'être découverte par ses patients ou clients, pouvant ainsi compromettre la relation professionnelle.

Application

Les psychologues doivent connaître les limites à la confidentialité et les risques d'exposition ou de divulgation de données confidentielles lorsque les services sont rendus, y compris les risques qu'on accède à des communications électroniques entre le psychologue et son patient ou client (téléphone, courriels). Ils doivent également en informer leurs clients. En outre, les psychologues doivent être au courant des implications déontologiques et pratiques, lorsqu'ils recherchent activement en ligne des informations personnelles sur leurs clients ou patients. Ils doivent s'interroger sérieusement sur la pertinence d'en discuter avec leurs clients ou patients, et se demander comment l'information obtenue à partir de telles recherches doit être utilisée et

consignée, considérant que le fait de colliger de tels renseignements peut accroître le risque de conduite inappropriée et de transgression des limites de la part du psychologue. En outre, on encourage les psychologues à évaluer à l'avance les risques et les avantages du conflit de rôle qui pourrait s'établir entre eux et leurs patients ou clients, découlant de l'utilisation des technologies de télécommunications (APAPO, 2012).

On encourage les psychologues qui utilisent des réseaux sociaux à des fins à la fois personnelles et professionnelles à réfléchir et à s'informer quant aux risques possibles pour la vie privée et la confidentialité, et à utiliser tous les mécanismes de protection disponibles pour s'en prémunir. Il faut aussi garder en tête que les risques sont très élevés qu'une communication électronique devienne publique. On peut réduire de tels risques en se conformant aux lois et aux règles appropriés et en respectant le Code de déontologie de l'APA (APA, 2010) pour éviter la divulgation de données ou de renseignements confidentiels concernant les clients ou patients.

Sécurité et transmissions des données et des renseignements

Guide de pratique 5 : Les psychologues qui offrent des services de télépsychologie doivent prendre des mesures raisonnables pour s'assurer que des dispositifs de sécurité sont en place pour protéger les données et informations personnelles de leurs clients ou patients contre un bris involontaire de sécurité ou la divulgation.

Raison d'être

L'utilisation des technologies des télécommunications pour offrir des services psychologiques présente des risques potentiels uniques pour la sécurité et la transmission des données et des renseignements sur les patients ou clients. Ces menaces à l'intégrité des données et de l'information comprennent les virus informatiques, les pirates informatiques, le vol d'applications technologiques, les dommages aux disques durs et aux disques amovibles, l'échec des systèmes de sécurité, les dysfonctionnements des logiciels, la facilité avec laquelle il est possible d'accéder à des fichiers électroniques non sécurisés, et les dispositifs défectueux ou périmés. D'autres menaces sont les politiques et les pratiques des entreprises technologiques et celles des vendeurs qui font du cyber marketing à partir de courriels. On encourage les psychologues à être conscients de ces menaces possibles et à prendre des mesures raisonnables pour que des dispositifs de sécurité soient en place en vue de protéger et de contrôler l'accès aux données du patient ou client. De plus, le psychologue doit être au courant des lois et des règlements fédéraux et d'état qui régissent le stockage et la transmission électroniques des données et des informations sur le patient ou client, et concevoir des politiques et des procédures appropriées pour s'y conformer. En élaborant de telles procédures visant la sécurité des renseignements personnels, le psychologue peut tenir compte des préoccupations et des répercussions uniques entraînées par l'usage volontaire ou involontaire des dispositifs technologiques privés et publics, des relations thérapeutiques actives et inactives, et des

différentes mesures de protection requises selon l'environnement physique, le personnel (personnel clinique par rapport au personnel administratif) et les technologies de télécommunications.

Application

On encourage les psychologues à effectuer une analyse des risques qui existent dans leur milieu de pratique, dans les technologies de télécommunications qu'ils utilisent et au sein du personnel administratif, pour s'assurer que seules les personnes autorisées aient accès aux données et aux renseignements sur les patients ou clients. Les psychologues doivent chercher à obtenir une formation appropriée ou à consulter des experts en la matière lorsqu'ils ont besoin de connaissances supplémentaires pour mener une analyse des risques.

Les psychologues cherchent à s'assurer que des politiques et des procédures sont en place dans les systèmes informatiques, pour sécuriser et pour contrôler l'accès aux données et aux renseignements concernant les clients. Dans la même optique, ils peuvent crypter les données confidentielles des clients ou des patients en vue de les stocker ou de les transmettre, et avoir recours à d'autres méthodes sécuritaires pour protéger les données ou les renseignements mis en mémoire ou transmis, comme du matériel et des logiciels sécuritaires ou des mots de passe impossibles à déchiffrer. S'il y a violation de la confidentialité de données non cryptées qui ont été transmises ou mémorisées, le psychologue doit impérativement en informer ses clients ou patients, de même que les autres personnes ou organismes concernés. En outre, les psychologues sont encouragés à faire tout leur possible pour que les données et les renseignements électroniques demeurent accessibles même s'il y a des problèmes avec le matériel informatique, les logiciels ou les dispositifs de stockage des données, en conservant une version de sauvegarde de ces données.

On encourage les psychologues, lorsqu'ils documentent les mesures visant à protéger les données et renseignements personnels contre un bris de sécurité involontaire ou contre la divulgation, à indiquer clairement quels moyens technologiques ils utilisent (par exemple, courriel, téléphone, téléconférences vidéo, textos) et comment ils les utilisent, et à préciser si les services de télépsychologie sont leur méthode première de prise de contact ou un ajout à leur prise de contact en personne. Quand ils conservent des courriels, des messages en ligne ou d'autres documents issus des technologies des télécommunications, les psychologues doivent savoir qu'il peut être préférable de garder la communication plutôt que d'en faire le résumé, selon le type de technologie utilisée.

Suppression des données, des informations et des dispositifs technologiques

Guide de pratique 6 : Les psychologues qui offrent des services de télépsychologie doivent faire des efforts raisonnables pour détruire les données, les informations et les dispositifs technologiques d'une façon qui aide à les protéger contre un accès non autorisé et qui est sécuritaire et appropriée.

Raison d'être

Conformément aux lignes directrices de l'APA en matière de tenue de dossiers (2007), on encourage les psychologues à concevoir des politiques et des procédures qui permettent la destruction sécuritaire des données, des renseignements et des moyens technologiques utilisés pour créer, mettre en mémoire et transmettre les données et informations. L'utilisation des technologies de télécommunications pour offrir des services psychologiques pose de nouveaux défis aux psychologues, lesquels devront porter attention aux méthodes à utiliser pour supprimer les documents tout en préservant au maximum la confidentialité et la vie privée. On suggère donc fortement aux psychologues de mener une étude des risques que présentent les systèmes d'information dans leur pratique, pour assurer que soient entièrement supprimées les données et les renseignements électroniques, au même titre que les dispositifs technologiques qui ont servi à les créer, à les stocker et à les transmettre.

Application

On encourage les psychologues à concevoir des politiques et des procédures pour la suppression des données et des renseignements relatifs aux patients ou aux clients. Ils doivent également chercher à disposer de façon sécuritaire du matériel et des logiciels qui ont servi à offrir les services de télépsychologie, de façon à ce que la confidentialité et la sécurité des renseignements personnels ne soit pas compromise. Pour ce faire, ils doivent consciencieusement supprimer toutes les données et toutes les images du support de stockage avant de le réutiliser ou de le détruire conformément aux lignes directrices et aux règlements fédéraux, d'état, provinciaux, territoriaux ou relatifs à d'autres juridictions. Les psychologues doivent connaître et comprendre les implications uniques du stockage d'informations inhérent aux systèmes des technologies des télécommunications.

On encourage également les psychologues à documenter les méthodes et les procédures qu'ils utilisent lorsqu'ils suppriment les données et les informations, et qu'ils détruisent les technologies utilisées pour créer, stocker ou transmettre celles-ci, ainsi que tout autre moyen technologique utilisé pour détruire les données et le matériel informatique. Les psychologues doivent connaître les logiciels malveillants et les cookies et les éliminer de façon permanente et routinière lorsqu'ils ont recours aux technologies des télécommunications.

Administration de tests et évaluations

Guide de pratique 7 : On encourage les psychologues à se pencher sur les enjeux uniques que pose l'utilisation à distance des instruments servant à administrer des tests et des méthodes d'évaluation, alors que ces tests et ces méthodes ont été conçus pour être offerts en personne.

Raison d'être

Les tests psychologiques et les autres méthodes d'évaluation sont un domaine de pratique professionnelle auquel les psychologues ont été formés et qu'ils ont la compétence unique d'administrer. Même si certains outils de dépistage des symptômes sont déjà administrés en ligne, la grande majorité des instruments qui servent à administrer des tests et autres procédures d'évaluation couramment utilisées ont d'abord été conçus et développés pour être administrés en personne. Si un psychologue conçoit et utilise un test psychologique ou un autre instrument d'évaluation et l'offre à distance, on l'encourage à connaître l'impact unique de cette façon de faire, sa pertinence pour différentes populations et les limites qu'elle présente pour l'administration du test et pour l'interprétation des résultats. On lui demande également d'en rendre compte. Les psychologues doivent aussi chercher à maintenir l'application intégrale du procédé et du processus d'administration des tests et des évaluations lorsqu'ils travaillent à distance. Ils doivent également connaître les accommodements à faire lorsqu'ils administrent des tests à différentes populations par télépsychologie.

Application

Lorsqu'ils effectuent des tests psychologiques ou d'autres formes d'évaluation à distance, on encourage les psychologues à s'assurer de l'intégrité des propriétés psychométriques de la procédure du test ou de l'évaluation (par exemple, la fiabilité et la validité) et à vérifier si les conditions d'administration sont les mêmes que celles précisées dans le manuel du test. On les encourage aussi à se demander s'il est nécessaire de modifier l'environnement ou les conditions du test pour faire en sorte que les conditions d'administration soient préservées. Par exemple, l'accès à un téléphone cellulaire, à internet ou à d'autres personnes pendant que se déroule une évaluation peut compromettre la fiabilité ou la validité de l'instrument ou du processus. En outre, si la personne qu'on évalue reçoit des conseils ou des renseignements sur ce qu'il faut répondre, ou a accès à la grille de cotation et à l'interprétation des résultats d'instruments d'évaluation parce qu'ils sont disponibles sur internet, cela peut compromettre les résultats des tests.

On encourage également les psychologues à se demander quelles autres formes de distractions ni évidentes ni apparentes (par exemple, visuelles, olfactives ou auditives) pourraient affecter la performance durant une évaluation effectuée à distance.

On encourage les psychologues à connaître les questions spécifiques qui se posent lorsqu'on offre des services de télépsychologie à certaines populations, et à prendre les mesures nécessaires pour y répondre (par exemple, questions de langue ou de culture, aptitudes ou incapacités physiques ou sensorielles, impact de l'âge sur l'évaluation). Les psychologues qui effectuent des évaluations à distance peuvent penser avoir recours aux services d'un adjoint qualifié (par exemple, un suppléant) qui soit sur place, et qui puisse aider à vérifier l'identité du patient ou du client, fournir de l'aide pour l'administration des tests et des sous-tests, et préserver la sécurité des processus d'administration des tests ou d'évaluation.

Lorsqu'ils administrent des tests ou effectuent d'autres évaluations à distance, on demande aux psychologues de tenir compte de la qualité des technologies utilisées et des exigences en matière de matériel informatique pour bien effectuer leur tâche. Les psychologues doivent également être prêts à tenir compte des écarts possibles entre les résultats des tests administrés à distance et ceux administrés en personne, et être préparés à les expliquer. En outre, lorsqu'ils documentent les conclusions de leurs évaluations, les psychologues sont encouragés à préciser si un test ou une évaluation ont été effectués à distance, et à décrire les accommodements et les modifications qui ont été apportés.

Les psychologues cherchent à utiliser des normes d'essais tirées de l'administration des technologies des télécommunications, quand c'est possible. De même, les psychologues qui effectuent d'autres formes d'évaluations non psychométriques à distance (comme des évaluations de sélection du personnel) doivent être conscients des limites qu'elles comportent et prêts à composer avec ces limites et avec leur impact potentiel.

Pratique d'une juridiction à une autre

Guide de pratique 8 : On encourage les psychologues à connaître toutes les lois et tous les règlements pertinents lorsqu'ils offrent des services de télépsychologie à des clients qui demeurent dans une autre juridiction, ou à l'étranger.

Raison d'être

Avec les progrès rapides des technologies des télécommunications, l'offre volontaire ou involontaire de services psychologiques d'une juridiction à une autre ou à l'étranger devient une réalité de plus en plus commune pour les psychologues. Il peut s'agir de psychologues ou de clients qui sont temporairement en dehors de chez eux (ou qui partagent leur résidence entre deux juridictions), ou de psychologues qui offrent leurs services dans d'autres états ou à l'étranger comme modèle de pratique, pour profiter des nouvelles technologies des télécommunications. Des institutions comme le Département de la défense des E.-U. et le Département des affaires des anciens combattants, où sont établis des services psychologiques, ont déjà élaboré des politiques et des procédures internes pour livrer des services qui dépassent

les frontières nationales et internationales. Cependant, les lois et les règlements qui régissent la prestation des services par les psychologues varient ailleurs selon l'état, la province, le territoire et le pays (APAPO, 2010). Les psychologues doivent faire des efforts raisonnables pour connaître les lois et les règlements qui encadrent la prestation des services à distance dans la juridiction où ils vivent, de même que dans celle où résident leurs clients et patients.

Application

Il est important que les psychologues connaissent les lois et les règlements qui portent spécifiquement sur la prestation de services professionnels par l'intermédiaire des technologies des télécommunications, à l'intérieur des juridictions et entre les juridictions. Il est également important que les psychologues sachent ce qui est considéré comme de la télésanté ou de la télépsychologie en vertu de la loi et des règlements. En outre, on les encourage à revoir les exigences professionnelles en matière de délivrance des permis, les services et les modes de télécommunications qui sont visés, et les informations qu'il faut présenter pour obtenir un consentement éclairé. Il est important de noter que les différentes juridictions peuvent avoir ou non des lois ou des exigences spécifiques touchant l'offre de services par l'intermédiaire des technologies des télécommunications. L'APAPO (2010) a établi qu'il existe des variations, les psychologues étant parfois désignés comme des fournisseurs de services à part, et parfois comme des membres d'un groupe plus diversifié de fournisseurs. En outre, on observe beaucoup de diversité entre les types de services et de technologies des télécommunications qui sont visés par ces lois.

À l'heure actuelle, un certain nombre d'juridictions n'ont pas de lois spécifiques encadrant l'offre de services psychologiques par l'intermédiaire des technologies de télécommunications. Lorsqu'ils offrent des services de télépsychologie à ces endroits, les psychologues doivent chercher à obtenir des opinions ou des déclarations de la part des organismes de réglementation ou d'autres organismes chargés de la délivrance des permis, qui puissent les éclairer sur les exigences juridiques et réglementaires liées à la prestation des services à distance.

En outre, comme on a de plus en plus recours aux technologies des télécommunications, les psychologues doivent s'efforcer de se tenir au courant des changements et des nouveaux faits dans la délivrance des permis et dans les exigences touchant la pratique inter-juridictions, vu qu'ils peuvent avoir des répercussions sur les services qu'ils rendent à distance dans d'autres juridictions. Compte tenu de l'orientation que prennent les différentes professions de la santé, et du caractère prioritaire accordé par les autorités fédérales américaines à la résolution des problèmes liés l'obligation de détenir des permis dans plusieurs juridictions (par exemple le FCC National Broadband Plan, 2010 et l'Accord canadien sur le commerce intérieur, 1995), il est fort probable qu'on assistera à la création d'un nouveau titre de compétence, qu'exigeront les organismes de réglementation de la profession pour accorder le droit d'exercer dans d'autres

juridictions. Par exemple, la profession des infirmières et infirmiers a développé un nouveau titre de compétence qui est accepté dans plusieurs juridictions américaines et qui permet à une infirmière autorisée dans une juridiction participante d'exercer dans toutes les juridictions participantes, que ce soit en personne ou à distance. Il faut noter que le groupe de travail de l'ASPPB a rédigé l'avant-projet d'une série de recommandations concernant un tel titre de compétence.

Conclusion

Il est important de noter qu'en présentant ce guide de pratique on ne cherche pas à imposer des actions spécifiques, mais plutôt à présenter les meilleures orientations possibles dans le contexte actuel, concernant l'offre de services psychologiques par l'intermédiaire des technologies de télécommunications. Comme la technologie et ses applications pour la profession est un domaine dynamique qui réserve encore bien des changements, ce guide de pratique n'est pas globale et il n'a pas préséance sur le jugement des psychologues ou sur les lois et les règlements applicables qui encadrent la profession et la pratique de la psychologie. Nous espérons que le cadre que nous vous avons présenté pourra guider les psychologues au fur et à mesure que le domaine évoluera.

Bibliographie

American Psychological Association (2002a). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.

American Psychological Association (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist*, 57, 1048-1051.

American Psychological Association (2008). Center for Workforce Studies. Tiré de <http://www.apa.org/workforce/publications/08-hsp/telepsychology/index.aspx>.

American Psychological Association (2010). 2010 Amendments to the 2001 "Ethical principles of psychologists and code of conduct." *American Psychologist*, 65, 493.

American Psychological Association (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.

American Psychological Association (2007). Record keeping guidelines. *American Psychologist*, 62, 993-1004.

American Psychological Association Practice Organization (2010). Telehealth: Legal basics for psychologists. *Good Practice*, 41, 2-7.

American Psychological Association Practice Organization (2012). Social Media: What's your policy. *Good Practice, Spring/Summer*, 10-18.

Baker, D. C., & Bufka, L. F. (2011). Preparing for the telehealth world: Navigating legal, regulatory, reimbursement, and ethical issues in an electronic age. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42 (6), 405-411.

Canadian Psychological Association: Ethical guidelines for psychologists providing services via electronic media. (2006). Tiré de <http://www.cpa.ca/aboutcpa/committees/ethics/psychserviceselectronically/>.

Committee on National Security Systems (2010). *National Information Assurance Glossary*. Washington, DC: Author.

Ohio Psychological Association: Telepsychology guidelines (2010). Tiré de <http://www.ohpsych.org/psychologists/files/2011/06/OPATelepsychologyGuidelines41710.pdf>.

New Zealand Psychological Association: Draft Guidelines: Psychology services delivered via the Internet and other electronic media (2011). Tiré de http://psychologistsboard.org.nz/cms_show_download.php?id=141.

Reed, G. M., McLaughlin, C.J., & Millholland, K. (2000). Ten interdisciplinary principles for professional practice in telehealth: Implications for psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (2), 170-178.

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration (2010). *Special Report to the Senate Appropriations Committee: Telehealth Licensure Report*. Washington, DC: Author.

U.S. Department of Commerce, National Institute of Standards and Technology (2011). *A Glossary of Key Information Security Terms*. Washington, DC: Author.

U.S. Department of Commerce, National Institute of Standards and Technology (2008). *An Introductory Resource Guide for Implementing the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Security Rule*. Washington, DC: Author.

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

- Ackerman, S. T., et Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- Ahn, H.-N., et Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients ? A meta-analysis of component studies in counseling and psychology. *Journal of Counseling Psychology, 48*(3), 251-257. doi:10.1037//0022-0167.48.3.251
- Allard, M., Bouchard, S., Marchand, A., Cournoyer, L.-G., Green-Demers, I., et Renaud, P. (2007). L'efficacité de la psychothérapie pour le trouble panique en vidéoconférence: Réplication et alliance thérapeutique. *Revue québécoise de psychologie, 28*(2), 43-64.
- American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4e éd.) Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5e éd.) Washington, DC: Auteur.
- American Psychiatric Association. (2013b). Guidelines for the practice of telepsychology. *The American Psychologist, 68*(9), 791-800. doi:10.1037/a0035001
- Bakke, B., Mitchell, J., Wonderlich, S., et Erickson, R. (2001). Administering cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa via telemedicine in rural settings. *International Journal of Eating Disorders, 30*(4), 454-457. doi:10.1002/eat.1107
- Bandelow, B., Sher, L., Bunevicius, R., Hollander, E., Kasper, S., Zohar, J., et Moller, H. J. (2012). Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *International Journal of Psychiatry Clinical Practice, 16*(2), 77-84. doi:10.3109/13651501.2012.667114
- Bischoff, R. J., Hollist, C. S., Smith, C. W., et Flack, P. (2004). Addressing the Mental Health Needs of the Rural Underserved: Findings from a Multiple Case Study of a Behavioral Telehealth Project. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 26*(2), 179-198. doi:10.1023/B:COFT.0000031242.83259.fa
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 16*(3), 252-260.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., et Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 288-298.

- Bouchard, S., Green-Demers, I., Allard, M., Guitard, T., Dumoulin, S., Robillard, G., . . . Cournoyer, L.-G. (2010, novembre). *Exploring the predictors of telepsychotherapy outcome and process: A focus on motivation, therapeutic bond and telepresence*. Communication présentée au 44th Annual Convention of the Association for behavioral and Cognitive Therapy, San Francisco.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Fournier, T., . . . Lapierre, J. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference. *Telemedicine Journal and e-Health*, 10(1), 13-25. doi:10.1089/153056204773644535
- Bouchard, S., Payeur, R., Rivard, V., Allard, M., Paquin, B., Renaud, P., et Goyer, L. (2000). Cognitive behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconference: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 3(6), 999-1007. doi:10.1089/109493100452264
- Bouchard, S., et Renaud, P. (2001, novembre). *CBT in videoconference for panic disorder and generalized anxiety disorder*. Communication présentée au 35th Annual Convention, Association for Advancement of Behavioral Therapies Philadelphia, PA.
- Bouchard, S., Robillard, G., Marchand, A., Renaud, P., et Riva, G. (2007, octobre). *Presence and the bond between patients and their psychotherapists in the cognitive-behavior therapy of panic disorder with agoraphobia delivered in videoconference*. Communication présentée au congrès Presence, Barcelone.
- Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., et Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 489-496. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.35
- Canadian Psychiatric Association. (2006). Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(8) [Suppl. 2], 9s-91s.
- Chambless, D. J., et Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chu, B. C., Skriner, L. C., et Zandberg, L. J. (2014). Trajectory and predictors of alliance in cognitive behavioral therapy for youth anxiety. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(5), 721-734. doi:10.1080/15374416.2013.785358
- Constantinos, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., et Agras, W. S. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 203-211. doi:10.1037/0022-006X.73.2.203

- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., et Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 108-116. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.002
- Cowain, T. (2001). Cognitive-behavioural therapy via videoconferencing to a rural area. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*, 62-64.
- Crow, S. J., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Wonderlich, S., et Lancaster, K. (2009). The cost effectiveness of cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy, 47*(6), 451-453. doi:10.1016/j.brat.2009.02.006
- Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *Management Information Systems Quarterly, 13*(3), 319-340.
- Day, S., et Schneider, P. L. (2002). Psychotherapy using distance technology: A comparison of face-to-face, video, and audio treatment. *Journal of Counseling Psychology, 49*(4), 499-503. doi:10.1037/0022-0167.49.4.499
- de Roten, Y., Fischer, M., Drapeau, M., Beretta, V., Kramer, U., Favre, N., et Despland, J.-N. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 324-331. doi:10.1002/cpp.420
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., . . . Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 41*, 46-58.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Leger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., et Boisvert, J.-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 821-825.
- Dugas, M. J., et Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Brillon, P., et Leblanc, R. (2004, novembre). *Cognitive-behavioral therapy versus applied relaxation for generalized anxiety disorder: Differential outcomes and processes*. Communication présentée au Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Elvins, R., et Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187. doi:10.1016/j.cpr.2008.04.002
- Ertelt, T. W., Crosby, R. D., Marino, J. M., Mitchell, J. E., Lancaster, K., et Crow, S. J. (2011). Therapeutic factors affecting the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa via telemedicine versus face-to-face delivery. *International Journal of Eating Disorders, 44*(8), 687-691. doi:10.1002/eat.20874

- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., et Safran, J., D. (2010). Alliance ruptures and resolution. Dans J. C. Muran et J. P. Barber (dir.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (p. 74-94). New York: The Guilford Press.
- Fitt, S., et Rees, C. (2012). Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder by videoconference: A preliminary study. *29*, 213-229.
doi:10.1017/bec.2012.21
- Frueh, B. C., Monnier, J., Yim, E., Grubaugh, A. L., Hamner, M. B., et Knapp, R. G. (2007). A randomized trial of telepsychiatry for post-traumatic stress disorder. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *13*(3), 142-147.
doi:10.1258/135763307780677604
- Garcia-Campayo, J., Caballero, F., Perez, M., et Lopez, V. (2012). Pain related factors in newly diagnosed generalized anxiety disorder patients. *Actas Españolas de Psiquiatria*, *40*(4), 177-186.
- Gelso, C. J., et Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, *41*(3), 296-306.
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Drouin, M.-S., et Guay, S. (2009). Effectiveness of cognitive behavioural therapy administered by videoconference for posttraumatic stress disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, *38*(1), 42-53. doi:10.1080/16506070802473494
- Germain, V., Marchand, A., Bouchard, S., Guay, S., et Drouin, M.-S. (2010). Assessment of the therapeutic alliance in face-to-face or videoconference treatment for posttraumatic stress disorder. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *13*(1), 29-35.
- Ghosh, G. J., McLaren, P. M., et Watson, J. P. (1997). Evaluating the alliance in videolink teletherapy. *Journal of Telemedicine and Telecare*, *3* [Suppl. 1], 33-35.
- Glueckauf, R. L., Fritz, S. P., Ecklund-Johnson, E. P., Liss, H. J., Dages, P., et Carney, P. (2002). Videoconferencing-based family counseling for rural teenagers with epilepsy: Phase 1 findings. *Rehabilitation Psychology*, *47*(1), 49-72. doi:10.1037/0090-5550.47.1.49
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., Gershkovich, M., Glassman, L. H., . . . Goldstein, S. P. (2013). Delivering exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder via videoconference: Clinical considerations and recommendations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *2*(2), 137-145. doi:10.1016/j.jocrd.2013.01.003
- Goetter, E. M., Herbert, J. D., Forman, E. M., Yuen, E. K., et Thomas, J. G. (2014). An open trial of videoconference-mediated exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *28*(5), 460-462. doi:10.1016/j.janxdis.2014.05.004
- Grant, B. F., Hasinn, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., . . . Huang, B. (2005). Prevalence, correlates, co-morbidity, and

- comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 35, 1747-1759.
doi:10.1017/S0033291705006069
- Greenberg, P. E., Sisitsky, T., Kessler, R. C., Finkelstein, S. N., Berndt, E. R., Davidson, J. R. T., . . . Fyer, A. J. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 427-435.
- Greene, C. J., Morland, L. A., Macdonald, A., Frueh, B. C., Grubbs, K. M., et Rosen, C. S. (2010). How does tele-mental health affect group therapy process? Secondary analysis of a noninferiority trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 746-750. doi:10.1037/a0020158
- Griffiths, L., Blignault, I., et Yellowlees, P. (2006). Telemedicine as a means of delivering cognitive-behavioural therapy to rural and remote mental health clients. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(3), 136-140.
doi:10.1258/135763306776738567
- Gros, D. F., Yoder, M., Tuerk, P. W., Lozano, B. E., et Acierno, R. (2011). Exposure therapy for PTSD delivered to veterans via telehealth: predictors of treatment completion and outcome and comparison to treatment delivered in person. *Behavior Therapy*, 42(2), 276-283. doi:10.1016/j.beth.2010.07.005
- Hassija, et Gray, M. J. (2011). The effectiveness and feasibility of videoconferencing technology to provide evidence-based treatment to rural domestic violence and sexual assault populations. *Telemedicine and e-Health*, 17(4), 309-315.
doi:10.1089/tmj.2010.0147
- Hassija, C., et Gray, M. J. (2009). Telehealth-based exposure therapy for motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder. *Clinical Case Studies*, 8(1), 84-94. doi:10.1177/1534650108326975
- Hatcher, R. L. (2010). Alliance theory and measurement. Dans J. C. Muran et J. P. Barber (dir.), *The therapeutic alliance: An evidenced-based guide to practice* (p. 7-28). New York: The Guilford Press.
- Hersoug, A. G., Høglend, P., Havik, O. E., et Monsen, J. T. (2010). Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 145-159.
doi:10.1348/147608309X471497
- Himle, J. A., Fischer, D. J., Muroff, J. R., Van Etten, M. L., Lokers, L. M., Abelson, J. L., et Hanna, G. L. (2006). Videoconferencing-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44(12), 1821-1829. doi:10.1016/j.brat.2005.12.010
- Himle, M. B., Olufs, E., Himle, J., Tucker, B. T. P., et Woods, D. W. (2010). Behavior therapy for tics via videoconference delivery: An initial pilot test in children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 329-337. doi:10.1077-7229/10/329-337\$1.00/0

- Hoffman, D. L., Dukes, E. M., et Wittchen, H.-U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(1), 72-90. doi:10.1002/da.20257
- Hofmann, S. G., et Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 621-632.
- Horvath, A. O., et Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., et Teixeira, V. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), Cd001848. doi:10.1002/14651858.CD001848.pub4
- Hunt, C., Issakidis, C., et Andrews, G. (2002). DSM-IV generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 32, 649-659. doi:10.1017/S0033291702005512
- Institut de la Statistique du Québec. (2013). *Bilan démographique du Québec, Édition 2013*. Récupéré de <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2013.pdf>
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., et Van Ameringen, M. (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*, 14 [Suppl. 1], S1. doi:10.1186/1471-244x-14-s1-s1
- Kendall, P. C., Comer, J. S., Marker, C. D., Creed, T. A., Puliafico, A. C., Hughes, A. A., . . . Hudson, J. (2009). In-session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 517-525. doi:10.1037/a0013686
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., Keller, M. B., et Wittchen, H.-U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 19-39. doi:10.1016/S0193-953X(05)70204-5
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., et Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184. doi:10.1002/mpr.1359
- King, V. L., Brooner, R. K., Peirce, J. M., Kolodner, K., et Kidorf, M. S. (2014). A randomized trial of Web-based videoconferencing for substance abuse counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(1), 36-42. doi:10.1016/j.jsat.2013.08.009

- Kivlighan, D. M., et Shaughnessy, P. (1995). Analysis of the development of the working alliance using hierarchical linear modeling. *Journal of Counseling Psychology, 42*(3), 338-349. doi:10.1037/0022-0167.42.3.338
- Kivlighan, D. M., et Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology, 47*(3), 362-371. doi:10.1037/0022-0167.47.3.362
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Léger, E., Gagnon, F., et Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(6), 957-964.
- Langhoff, C., Baer, T., Zubraegel, D., et Linden, M. (2008). Therapist–patient alliance, patient–therapist alliance, mutual therapeutic alliance, therapist–patient concordance, and outcome of CBT in GAD. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 22*(1), 68-79. doi:10.1891/0889.8391.22.1.68
- Lindner, D., Lacefield, K., Dunn, S. T., et Dunn, M. E. (2014). The use of videoconference in the treatment of panic disorder with agoraphobia in a housebound woman: A case study. *Clinical Case Studies, 13*(2), 146-166. doi:10.1177/1534650113504292
- Maier, W., Gänsicke, M., Freyberger, H. J., Linz, M., Heun, R., et Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: A valid diagnostic entity ? *Acta Psychiatrica Scandinavica, 101*, 29-36.
- Mallinckrodt, B., et Jeong, J. (2015). Meta-analysis of client attachment to therapist: Associations with working alliance and client pretherapy attachment. *Psychotherapy, 52*(1), 134-139. doi:10.1037/a0036890
- Manchanda, M., et McLaren, P. (1998). Cognitive behaviour therapy via interactive video. *Journal of Telemedicine and Telecare, 4* [Suppl. 1], 53-55.
- Marmar, C. R., Horowitz, M. J., Weiss, D. S., et Marziali, E. (1986). The development of the therapeutic alliance rating system. Dans L. S. Greenberg et W. M. Pinsof (dir.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (p. 367-390). New York: Guilford Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P., et Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(3), 438-450. doi:10.1037/0022-006X.68.3.438
- Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., . . . Myers, T. C. (2008). A randomized trial comparing the efficacy of cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine versus face-to-face. *Behaviour Research and Therapy, 46*(5), 581-592. doi:10.1016/j.brat.2008.02.004
- Mitchell, J. E., Myers, T., Swan-Kremeier, L., et Wonderlich, S. (2003). Psychotherapy for bulimia nervosa delivered via telemedicine. *European Eating Disorders Review, 11*(3), 222-230. doi:10.1002/erv.517

- Monthuy-Blanc, J., Bouchard, S., Maiano, C., et Seguin, M. (2013). Factors influencing mental health providers' intention to use telepsychotherapy in First Nations communities. *Transcult Psychiatry*, 50(2), 323-343. doi:10.1177/1363461513487665
- Morgan, R. D., Patrick, A. R., et Magaletta, P. R. (2008). Does the use of telemental health alter the treatment experience? Inmates' perceptions of telemental health versus face-to-face treatment modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 158-162. doi:10.1037/0022-006x.76.1.158
- Morland, L. A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Foy, D., Reilly, P., Shore, J., . . . Frueh, B. C. (2010). Telemedicine for anger management therapy in a rural population of combat veterans with posttraumatic stress disorder: A randomized non inferiority trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(7), 855-863. doi:10.4088/JCP.09m05604blu
- Morland, L. A., Mackintosh, M.-A., Greene, C. J., Rosen, C. S., Chard, K. M., Resick, P., et Frueh, B. C. (2014). Cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder delivered to rural veterans via telemental health: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(5), 470-476. doi:10.4088/JCP.13m08842
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care*. (Rapport no 113). Récupéré de <https://www.nice.org.uk/guidance/CG113>
- Nelson, E.-L., Barnard, M., et Cain, S. (2006). Feasibility of telemedicine intervention for childhood depression. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6(3), 191-195. doi:10.1080/14733140600862303
- O'Gorman, L. D., Hogenbirk, J. C., et Warry, W. (2015). Clinical Telemedicine Utilization in Ontario over the Ontario Telemedicine Network. *Telemedicine and e-Health*. doi:10.1089/tmj.2015.0166
- Ordre des psychologues du Québec. (2013b). *Guide de pratique concernant l'exercice de la télépsychothérapie*. Récupéré de <https://www3.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/guides-cadres-et-lignes-directrices.sn>
- Ordre des psychologues du Québec. (2013a). *Rapport annuel 2011-2012*. Récupéré de <https://www3.ordrepsy.qc.ca/fr/documentation-et-medias/rapports-annuels.sn>
- Peachey, D., Hicks, V., et Adams, O. (2013). *An imperative for change: Acces to psychological services for Canada*. Récupéré à partir du site internet de l'Association Canadienne de Psychologie: http://www.cpa.ca/docs/File/Position/An_Imperative_for_Change.pdf
- Pelletier, M. H. (2002). Cognitive-behavioral therapy efficacy via videoconferencing for social (public speaking) anxiety disorder: Single case design (Thèse doctorale). University of British Columbia. Récupéré de <https://open.library.ubc.ca/cIRcle/collections/ubctheses/831/items/1.0054529>

- Rees, C. S., et Stone, S. (2005). Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice, 36*(6), 649-653.
- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedsater, H., Locklear, J., Mattera, M. S., . . . Montgomery, S. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of Affective Disorders, 140*(2), 103-112. doi:10.1016/j.jad.2011.11.014
- Richardson, L., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L., et Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical Psychology, 16*(3), 323-338. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x
- Richardson, L., Reid, C., et Dziurawiec, S. (2015). "Going the extra mile": Satisfaction and alliance findings from an evaluation of videoconferencing telepsychology in rural Western Australia. *Australian Psychologist, 50*(4), 252-258. doi:10.1111/ap.12126
- Roberge, P., Fournier, L., Duhoux, A., Nguyen, C. T., et Smolders, M. (2011). Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 46*, 321-330. doi:10.1007/s00127-010-0186-2
- Robillard, G., Bouchard, S., Guitard, T., et Lefebvre, C. (2009, juin). *Presence mediates the impact of attitudes and behaviors on the quality of the working alliance in telepsychotherapy for panic disorder and agoraphobia*. Communication présentée au 14th International Cybertherapy Conference, Italy.
- Rodriguez, B. F., Weisberg, R. B., Pagano, M. E., Bruce, S. E., Spencer, M. A., Culpepper, L., et Keller, M. B. (2006). Characteristics and predictors of full and partial recovery from generalized anxiety disorder in primary care patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(2), 91-97. doi:10.1097/01.nmd.0000198140.02154.32
- Romera, I., Fernandez-Perez, S., Montejo, A. L., Caballero, F., Caballero, L., Arbesu, J. A., . . . Gilaberte, I. (2010). Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *Journal of Affective Disorders, 127*(1-3), 160-168. doi:10.1016/j.jad.2010.05.009
- Safran, J. D., et Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 447-458. doi:10.1037/0022-006X.64.3.447
- Shepherd, L., Goldstein, D., Whitford, H., Thewes, B., Brummell, V., et Hicks, M. (2006). The utility of videoconferencing to provide innovative delivery of psychological treatment for rural cancer patients: Results of a pilot study. *Journal of Pain and Symptom Management, 32*(5), 453-461. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.05.018

- 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. 1], 34-36.
- Simpson, S., Bell, L., Britton, P., Mitchell, D., Morrow, E., Johnston, A. L., et Brebner, J. (2006). Does video therapy work? A single case series of bulimic disorders. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 226-241. doi:10.1002/erv.686
- Simpson, S., Bell, L., Knox, J., et Mitchell, D. (2005). Therapy via videoconferencing: A route to client empowerment? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 156-165. doi:10.1002/cpp.436
- Simpson, S., Guerrini, L., et Rochford, S. (2015). Telepsychology in a university psychology clinic setting: A pilot project. *Australian Psychologist*, 50(4), 285-291. doi:10.1111/ap.12131
- Simpson, S., et Reid, C. (2014). Telepsychology in Australia: 2020 vision. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 306-309. doi:10.1111/ajr.12103
- Simpson, S., Rochford, S., Livingstone, A., English, S., et Austin, C. (2014). Teleweb psychology in rural South Australia: The logistics of setting up a remote university clinic staffed by clinical psychologists in training. *Australian Psychologist*, 49, 193-199. doi:10.1111/ap.12049
- Simpson, S., et Slowey, L. (2011). Video therapy for atypical eating disorder and obesity: A case study. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 7, 38-43. doi:10.2174/1745017901107010038
- Stein, M. B., et Heimberg, R. G. (2004). Well-being and life satisfaction in generalized anxiety disorder: Comparison to major depressive disorder in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, 79, 161-166. doi:10.1016/S0165-0327(02)00457-3
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., . . . Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: Are productive relationships U-shaped or V-shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51(1), 81-92. doi:10.1037/0022-0167.51.1.81
- Stiles, W. B., et Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. Dans J. C. Muran et J. P. Barber (dir.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (p. 44-62). New York: The Guilford Press.
- Strachan, M., Gros, D. F., Ruggiero, K. J., Lejuez, C. W., et Acierno, R. (2012). An integrated approach to delivering exposure-based treatment for symptoms of PTSD and depression in OIF/OEF veterans: preliminary findings. *Behavior Therapy*, 43(3), 560-569. doi:10.1016/j.beth.2011.03.003
- Stubbings, D. R., Rees, C. S., Roberts, L. D., et Kane, R. T. (2013). Comparing in-person to videoconference-based cognitive behavioral therapy for mood and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(11), 1-16. doi:10.2196/jmir.2564

- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology and Behavior*, 7(3), 321-326. doi:10.1089/1094931041291295
- Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F., Gosselin, P., et Watts, S. (2015). Efficacy of a cognitive-behavioural therapy administered by videoconference for generalized anxiety disorder. *European Review of Applied Psychology*, 65(1), 9-17. doi:10.1016/j.erap.2014.10.001
- Thorp, S. R., Fidler, J., Moreno, L., Floto, E., et Agha, Z. (2012). Lessons learned from studies of psychotherapy for posttraumatic stress disorder via video teleconferencing. *Psychological Services*, 9(2), 197-199. doi:DOI: 10.1037/a0027057
- Tryon, G. S., Blackwell, S. C., et Hammel, E. F. (2007). A meta-analytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research*, 17(6), 629-642. doi:10.1080/10503300701320611
- Tuerk, P. W., Yoder, M., Ruggiero, K. J., Gros, D. E., et Acierno, R. (2010). A pilot study of prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder delivered via telehealth technology. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 116-123.
- Ugarriza, D. N., et Schmidt, L. (2006). Telecare for women with postpartum depression. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 44(1), 37-45.
- Vogel, P. A., Launes, G., Moen, E. M., Solem, S., Hansen, B., Håland, Å. T., et Himle, J. A. (2012). Videoconference- and cell phone-based cognitive-behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 158-164. doi:10.1016/j.janxdis.2011.10.009
- Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., Moen, E. M., Launes, G., Haland, A. T., . . . Himle, J. A. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63c, 162-168. doi:10.1016/j.brat.2014.10.007
- Wade, V. A., Karnon, J., Elshaug, A. G., et Hiller, J. E. (2010). A systematic review of economic analyses of telehealth services using real time videocommunication. *BMC Health Services Research*, 10. doi: 10.1186/1472-6963-10-233
- Watts, S., Théberge-Lapointe, N., Marchand, A., Langlois, F., et Gosselin, P. (2012, mars). *Le développement d'une alliance thérapeutique lors d'une intervention cognitive-comportementale pour traiter le trouble d'anxiété généralisée : Écart entre la perception du thérapeute et celle du client*. Communication présentée au Congrès Annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Sherbrooke.
- Wittchen, H.-U. (2002). Generalized anxiety disorder: Prevalence, burden, and cost to society. *Depression and Anxiety*, 16(4), 162-171. doi:10.1002/da.10065
- Wittchen, H.-U., Carter, R. M., Pfister, H., Montgomery, S. A., et Kessler, R. C. (2000). Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International*

Clinical Psychopharmacology, 15(6), 319-328. doi:10.1097/00004850-200015060-00002

- Wittchen, H.-U., et Hoyer, J. (2001). Generalized anxiety disorder: Nature and course. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 [suppl. 11], 15-19.
- Wray, B. T. (2003). *Attitudes of clinical psychologists in Western Australia to videoconferencing: An explorative study*. (Mémoire de maîtrise). Curtin University of Technology, Perth, Western Australia.
- Yuen, E. K., Herbert, J. D., Forman, E. M., Goetter, E. M., Juarascio, A. S., Rabin, S., . . . Bouchard, S. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 389-397. doi:10.1016/j.janxdis.2013.03.002