

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

THERAPEUTIC ALLIANCE IN VIDEOCONFERENCING DURING TELEPSYCHOTHERAPY FOR ANXIETY DISORDER SPECTRUM: SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Stéphanie Watts, André Marchand, Stéphane Bouchard et Mélyane
Bombardier

Volume 37, numéro 3, 2016

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040171ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1040171ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Watts, S., Marchand, A., Bouchard, S. & Bombardier, M. (2016). L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE LORS D'UNE TÉLÉPSYCHOTHÉRAPIE PAR VIDÉOCONFÉRENCE POUR UN TROUBLE DU SPECTRE ANXIEUX : RECENSION SYSTÉMATIQUE DES ÉCRITS. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 277–302. <https://doi.org/10.7202/1040171ar>

Résumé de l'article

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.

**L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE LORS D'UNE
TÉLÉPSYCHOTHÉRAPIE PAR VIDÉOCONFÉRENCE POUR UN
TROUBLE DU SPECTRE ANXIEUX : RECENSION SYSTÉMATIQUE
DES ÉCRITS¹**

**THERAPEUTIC ALLIANCE IN VIDEOCONFERENCING DURING TELEPSYCHOTHERAPY
FOR ANXIETY DISORDER SPECTRUM : SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW**

Stéphanie Watts²

Université du Québec à Montréal

André Marchand

Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard

Université du Québec en Outaouais

Mélyane Bombardier

Université du Québec à Montréal

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 pour 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

1. Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada
2. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3P8. Téléphone : 514-692-2827. Courriel : grignon_watts.stephanie@courrier.uqam.ca

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 sur 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 paraît 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*, *posttraumatic 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 présélectionnées. Un accord interjuges 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).

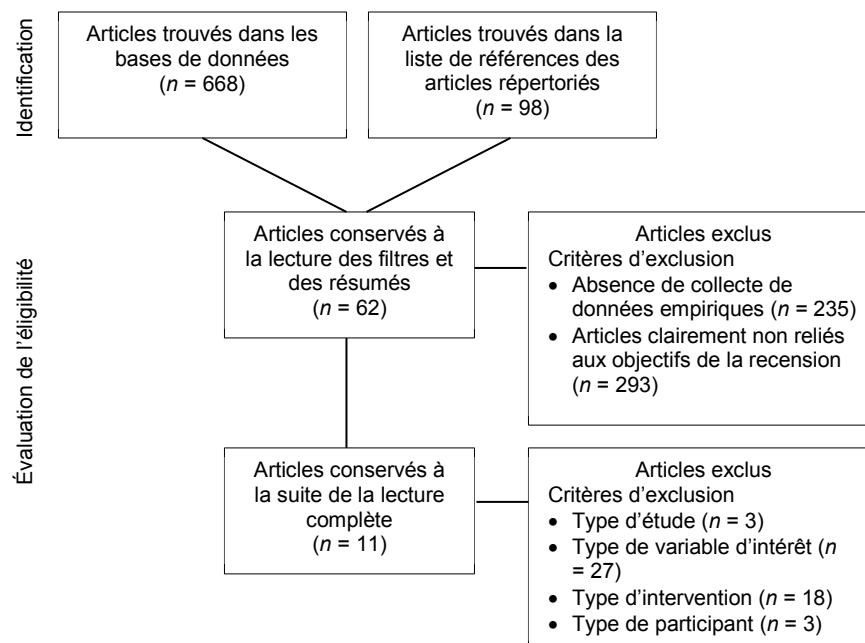


Figure 1. Processus de sélection des études recensées

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 pour 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 (à la fin de l'article). 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 par l'administration de questionnaires autorapportés. 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 sept 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 *et al.*, 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* [DiNardo, Brown, & Barlow, 1994] ou *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis-I* [First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 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, 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, 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, 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 rapportent la proportion de participants ayant complété le traitement. En ce qui concerne les études à cas uniques, les taux varient entre 62,5 % et 100 % (Fitt & Rees, 2012; Goetter *et al.*, 2014; Pelletier, 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 autoadministrés validés afin d'évaluer l'AT, soit l'IAT ou le CALPAS. Les mesures prises pour 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 ses collaborateurs (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 pour 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 prétest. 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 ses collaborateurs (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 ses collaborateurs (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 deux d'entre eux alors que, pour trois 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 ses collaborateurs (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 ses collaborateurs (2012) s'attardent également à une population souffrant de trouble obsessionnel-compulsif. La télépsychothérapie offerte comprend six séances de TCC dispensées par vidéoconférence. Afin d'accompagner les participants lors de leurs exercices d'exposition *in vivo*, neuf 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 huit séances de psychothérapie métacognitive pour un trouble obsessionnel-compulsif administrée par 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 ses collaborateurs (2014) s'intéressent à la qualité de l'AT au cours d'une TCC bimensuelle pour le trouble obsessionnel-compulsif 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 ses collaborateurs (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 ses collaborateurs (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 pendant le 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, quand 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 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. Lorsqu'on s'attarde plus précisément à chacune des trois 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 paraît 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. Dans ce contexte, le sentiment de présence réfère 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 pendant 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 le thérapeute soit impersonnel, peur que la confidentialité des échanges ne puisse être préservée, inconfort par rapport à 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? Eh 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 à l'égard de la télépsychothérapie par vidéoconférence paraissent 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, 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 pour offrir aux clients un climat similaire à celui attendu en psychothérapie. Afin de pallier les limites imposées par la thérapie à distance, il s'avère aussi 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 réplication 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 trois à six 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. Quoiqu'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 (p. ex., 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 le fait 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 alors 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 *et al.*, 2004; Hersoug, Høglend, Havik, & Monsen, 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'importance 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 semble 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 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 le fait 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 les 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 quand 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 prétraitement 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 interjuges 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 pour 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 et l'exploration plus spécifique de la composante affective de l'AT. Les fluctuations de l'AT à travers le temps devraient également être prises 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 & Psychotherapy*, 20(2), 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(S1), 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*, 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., et al. (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., et al. (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., et al. (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*. Manuscrit non publié. 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. X., & 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., et al. (2004). Is one assessment enough? Patterns of helping alliance development and outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 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. *Behaviour Change*, 29(4), 213-229. doi:10.1017/bec.2012.21
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- 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, 83*(2), 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 al.* (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., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., *et al.* (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. Jr, & 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., Kloezeiman, 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. *Telemedicine and e-Health, 22*(6), 473-479. doi:10.1089/tmj.2015.0166
- Paquin, B., Bouchard, S., & Laforest, M. (2009). *Telepsychotherapy and early assessment of user's attitude and perceptions*. Manuscript 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).
- 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, 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*(4), 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. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 306-309. doi:10.1111/ajr.12103
- Simpson, S. G., Rochford, S., Livingstone, A., English, S., & Austin, C. (2014). Tele-web psychology in rural south Australia: The logistics of setting up a remote university clinic staffed by clinical psychologists in training. *Australian Psychologist*, 49(4), 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., et al. (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* (p. 44-62). New York, NY : The Guilford Press.
- Tichenor, V., & Hill, C. E. (1989). A comparaison 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*, 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., et al. (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., Håland, Å. T., et al. (2014). A pilot randomized controlled trial of videoconference-assisted treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 63, 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., et al. (2013). Acceptance based behavior therapy for social anxiety disorder through videoconferencing. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(4), 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).

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

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	<i>n</i> = 23 78,30 % femmes Moyenne de 33,96 ans Lieu 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	<i>n</i> = 22 72,70 % femmes Moyenne de 37,95 ans Lieu 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	<u>Vidéoconférence</u> : 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	<i>n</i> = 21 71,43 % femmes Moyenne de 38,80 ans Lieu provenance : Région peu desservie par des services spécialisés Modalité : Vidéoconférence fixe Type de traitement : TCC, 12 séances de 60 minutes	<i>n/a</i>	IAT Mesure complétée par les participants	<u>Vidéoconférence</u> : 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	<i>n/a</i>
Fitt & Rees (2012) Australie Trouble obsessionnel-compulsif	<i>n</i> = 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	<i>n/a</i>	IAT-court Mesure complétée par les participants	<u>Vidéoconférence</u> : 89 % (séance 3 ou post-traitement) L : 92 % O : 82 % M : 93 %	<i>n/a</i>

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
Germain <i>et al.</i> (2010) Canada État de stress post-traumatique	<i>n</i> = 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	<i>n</i> = 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	IAT Mesure complétée par les participants	<u>Vidéoconférence :</u> 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 <u>Face à face :</u> 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	Pas de différence significative entre la condition vidéoconférence et la condition face à face

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
Goetter <i>et al.</i> (2014) États-Unis Trouble obsessionnel-compulsif	<i>n</i> = 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	<i>n/a</i>	IAT-court Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : 6,17 (mi-traitement) 5,92 (post-traitement)	<i>n/a</i>
Himle <i>et al.</i> (2006) États-Unis Trouble obsessionnel-compulsif	<i>n</i> = 3 100 % femmes Moyenne de 29 ans Lieu provenance : Non rapporté Modalité : Vidéoconférence fixe Type de traitement : TCC, 12 séances de 60 minutes	<i>n/a</i>	IAT Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : 227 /252 (post-traitement)	<i>n/a</i>
Pelletier (2002) Canada Phobie sociale	<i>n</i> = 5 40 % femmes Moyenne de 28,50 ans Lieu provenance : Non rapporté Modalité : Vidéoconférence fixe Type de traitement: TCC, 12 séances de 50 minutes	<i>n/a</i>	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)	<i>n/a</i>
Vogel <i>et al.</i> (2012) Norvège Trouble obsessionnel-compulsif	<i>n</i> = 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	<i>n/a</i>	IAT-court Mesure complétée par les participants	Vidéoconférence : L'AT atteint des scores élevés (séances 1 et 15)	<i>n/a</i>

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
Vogel <i>et al.</i> (2014) Norvège Trouble obsessionnel-compulsif	<i>n</i> = 10 60 % femmes Moyenne de 28,80 ans Modalité: Vidéoconférence fixe et appels téléphoniques (<i>n</i> = 4) ou vidéoconférence sur appareil mobile via l'application FaceTime et appels téléphoniques (<i>n</i> = 6) Type de traitement: TCC	<i>n/a</i>	IAT-court Mesure complétée par les participants	<u>Vidéoconférence</u> : 5,80 /7 (séance 1)	<i>n/a</i>
Yuen <i>et al.</i> (2013) États-Unis Anxiété sociale	<i>n</i> = 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	<i>n/a</i>	IAT-court Mesure complétée par les participants	<u>Vidéoconférence</u> : 5,22 (séance 2) 5,00 (mi-traitement) 5,73 (post-traitement) 5,60 (suivi 3 mois)	<i>n/a</i>

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