

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ANALYSE COÛTS-EFFICACITÉ DE DEUX MODALITÉS DE TRAITEMENT
ET MODULATION DES COÛTS DE LA SANTÉ MENTALE ASSOCIÉS À LA
COMORBIDITÉ DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET DU
TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

VEDRANA IKIC

MAI 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.10-2015). 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

Tout d'abord, j'aimerais exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude à mon directeur de recherche, le professeur André Marchand et à mon codirecteur de recherche, le professeur Claude Bélanger qui ont su me guider et m'épauler avec bienveillance et professionnalisme tout au long de mon parcours doctoral. Je vous remercie pour votre disponibilité inégalée, vos encouragements constants et la confiance que vous m'avez accordée durant tout mon cheminement doctoral. Votre rigueur de travail, tout comme vos qualités humaines, ont fait de mon parcours une expérience des plus enrichissantes et agréables. Merci de m'avoir offert de multiples opportunités et projets qui m'ont permis de grandir tant professionnellement que personnellement. Bien qu'il me soit difficile d'exprimer en mots l'ampleur de ma gratitude, sachez que vous resterez des sources d'inspiration tant dans mon travail clinique qu'en recherche.

Je voudrais également remercier le statisticien du département, M. Jean Bégin, qui par sa disponibilité, sa patience et ses qualités exceptionnelles de pédagogue m'a offert une aide indispensable dans tout le processus relié à l'analyse des données. Dans la même veine, je remercie également Willy Wynant pour son amitié et son aide inestimable pour tout le volet des statistiques relié à la procédure *Bootstrap*.

Le projet de recherche sur le traitement de la comorbidité entre le trouble panique avec agoraphobie et le trouble d'anxiété généralisée a été financé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Il a été chapeauté par un ensemble de chercheurs, de coordonnateurs de recherche, de psychologues/thérapeutes, d'évaluateurs cliniques, d'assistants de recherche et de bénévoles répartis sur cinq sites de recrutement. Je salue la contribution de chacun et leur travail engagé du début jusqu'à la fin de l'étude. De plus, je remercie tous les participants qui ont accepté de

prendre part à l'étude et y ont consacré leur temps et leur énergie. Merci de contribuer à faire avancer la recherche.

Un merci particulier à Joannie Poirier-Bisson qui a été une guide et une précieuse source d'aide, en plus d'être une amie et une collègue très appréciée. Merci de m'avoir donné les outils nécessaires pour mener à bien le volet économique de mon projet de recherche. Merci également de m'avoir soutenue et supervisée dans ma pratique clinique. J'adresse un autre remerciement spécial à Angela Zizzi. Je suis énormément reconnaissante pour ton soutien, ta bienveillance inégalée et ta grande générosité qui transparait tant dans tes qualités humaines que dans ton rôle de clinicienne et superviseuse. Merci pour tous les apprentissages transmis. Tu es une source d'inspiration importante.

Je suis convaincue que mon parcours doctoral n'aurait pas été le même sans la présence et l'amitié de mes collègues étudiantes. Un merci particulier à Katia, Marie-Elaine, Sophie, Éliane, Fabienne, Alexandra, Héloïse, Stéphanie, Myra et Tina. Je vous remercie pour votre écoute, votre soutien et votre aide, mais surtout pour les moments de plaisir, de rires, de complicité et de conversations stimulantes qui font de mon parcours une expérience inoubliable et humainement riche.

Finalement, j'aimerais adresser des remerciements particuliers à toute ma famille, ma belle-famille et mes amis. Je remercie spécialement mes parents et mon frère qui représentent une source d'amour et de soutien inestimable. Merci de m'épauler de multiples façons, de croire en moi et de m'avoir permis de devenir celle que je suis. Merci à mon conjoint Dominique d'être toujours présent dans la bienveillance et l'amour. Merci pour ton appui fidèle, tes conseils judicieux et pour ta façon de rendre les choses si simples. Enfin, je remercie ma cousine Alena et tous mes amis d'apporter un équilibre essentiel à ma vie, particulièrement Shanda, Andrée-Anne, Claudia, Almira, Valérie, Maja, Florence, Marie-Pier, Véronique, Vera et Ajouna.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	xi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	xiii
RÉSUMÉ	xv
CHAPITRE I	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
1. Contexte théorique.....	1
1.1 Définition et prévalence des troubles anxieux.....	1
1.1.1 Définition et prévalence du TPA.....	2
1.1.2 Définition et prévalence du TAG.....	4
1.2 Comorbidité.....	4
1.2.1 Définition de la comorbidité	5
1.2.2 Comorbidité du TPA et du TAG.....	6
1.3 Conséquences psychosociales	7
1.3.1 Détresse et dysfonctionnement associés au TPA.....	7
1.3.2 Détresse et dysfonctionnement associés au TAG	8
1.3.3 Impact de la comorbidité sur la détresse et le dysfonctionnement.....	9
1.4 Utilisation des services de santé.....	9
1.4.1 Consultations professionnelles associées au TPA	9
1.4.2 Consultations professionnelles associées au TAG.....	10
1.5 Les coûts de la santé.....	11
1.5.1 Comment mesure-t-on les coûts de la santé?.....	12
1.5.2 Les coûts de la santé associés aux troubles anxieux	13
1.5.3 Les coûts de la santé associés au TPA	14
1.5.4 Les coûts de la santé associés au TAG.....	17

1.5.5	Facteurs ayant un impact sur les coûts de la santé associés au TPA et au TAG	25
1.6	Traitement du TPA et du TAG	27
1.6.1	Psychothérapie et pharmacothérapies recommandées.....	27
1.6.2	Évaluations économiques en santé mentale.....	28
1.6.3	Évaluations économiques des traitements pour le TPA et le TAG	30
1.6.4	Réduction des coûts de la santé suite à la TCC pour le TPA	31
1.6.5	Traitement de la comorbidité.....	33
1.7	Objectifs de la thèse	36
1.8	Contexte du projet de recherche	36
1.9	Contenu de la thèse	38
CHAPITRE II		
ANALYSE COÛTS-EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE COMORBIDES		
		41
	Résumé.....	43
	Objectif	48
	Hypothèse	48
	Méthodologie	48
	Participants	48
	Instruments de mesure.....	49
	Procédure.....	51
	Les modalités d'intervention.....	53
	Évaluation des coûts reliés à la psychothérapie	55
	L'analyse des données	56
	Résultats.....	58
	Discussion.....	62
	Références.....	69
CHAPITRE III		
REDUCTION IN COSTS AFTER TREATING COMORBID PANIC DISORDER WITH AGORAPHOBIA AND GENERALIZED ANXIETY DISORDER		
		87

Abstract	92
Objectives	96
Methods	96
Participants.....	96
Measures	97
Procedure and study design	100
Treatments	101
Data analysis procedures	101
Results	102
Discussion	106
Conclusion.....	111
References	111
 CHAPITRE IV	
DISCUSSION GÉNÉRALE	123
4.1 La synthèse et l'interprétation des principaux résultats	123
4.1.1 Est-ce que la TCC combinée présente un ratio coûts-efficacité plus avantageux que la TCC conventionnelle ?.....	124
4.1.2 Les coûts de la santé mentale associés à la comorbidité du TPA et du TAG	129
4.1.3 Réduction des coûts de la santé mentale suite aux deux modalités de TCC.....	132
4.2 Considérations cliniques.....	135
4.2.1 Favoriser l'accessibilité à des traitements psychologiques	135
4.2.2 Quelle serait la modalité d'intervention à privilégier pour traiter les troubles comorbides?	136
4.2.3 Applicabilité des résultats selon la perspective du DSM-5.....	140
4.3 Considérations méthodologiques	140
4.3.1 Forces du projet de recherche	140
4.3.2 Limites du projet de recherche.....	143
4.4 Pistes de recherches futures.....	147

4.5	Transfert des connaissances.....	149	
4.6	Conclusion générale.....	152	
APPENDICE A			
CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE PANIQUE AVEC			
AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE.....			155
APPENDICE B			
APPROBATION DES COMITÉS D'ÉTHIQUE			161
APPENDICE C			
FORMULAIRES DE CONSENTEMENT À L'ÉVALUATION ET POUR LES			
CONDITIONS DE TRAITEMENT CONVENTIONNEL ET COMBINÉ.....			171
APPENDICE D			
ENTREVUES DIAGNOSTIQUES.....			201
APPENDICE E			
QUESTIONNAIRES AUTO-RAPPORTÉS.....			279
APPENDICE F			
ENTREVUE SUR LES COÛTS DE LA SANTÉ (ECS)			287
APPENDICE G			
PROTOCOLES DE TRAITEMENT			295
APPENDICE H			
ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES			
.....			453
BIBLIOGRAPHIE			457

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE II

Figure 1	Index de fonctionnement global moyen des participants au post-test et aux relances de trois, six et douze mois pour les deux modalités d'intervention	82
Figure 2	Plan coûts-efficacité en deux dimensions avec les 1000 ratios coûts-efficacité incrémentaux engendrés par la procédure de <i>Bootstrap</i> au post-test	84

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE I

Tableau 1	Synthèse des études sur les coûts de la santé pour le trouble panique avec agoraphobie et pour le trouble d'anxiété généralisée	21
-----------	---	----

CHAPITRE II

Tableau 1	Caractéristiques sociodémographiques et symptomatologiques initiales des participants ayant complété la thérapie, selon les modalités d'intervention	79
Tableau 2	Pourcentage de participants de chaque modalité d'intervention ayant atteint un niveau de fonctionnement élevé à l'Index de fonctionnement global à chaque temps de mesure	80
Tableau 3	Analyse coûts-efficacité incrémentale	81

CHAPITRE III

Tableau 1	Sociodemographic and clinical characteristics of the total sample and the separate treatment groups	119
Tableau 2	Direct and indirect mental health-related costs associated with panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder comorbidity over a three-month period (for the total sample) and by treatment groups (at pre-test).....	120
Tableau 3	Number and percentage of participants (completers) with mental health-related costs at each time period; both treatment conditions included	121

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ADIS-IV	Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV
APA	American Psychiatric Association
CBT	Cognitive behavioral therapy
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
ECS	Entrevue sur les coûts de la santé
ESTA-IV	Entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV
GAD	Generalized anxiety disorder
GP	General practitioner
ICER	Incremental cost-effectiveness ratio
IFG	Index de fonctionnement global
III	Inventaire d'intolérance à l'incertitude
IMA	Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie
IMA-S	Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie - seul
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
ISRSN	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
IUSMD	Institut universitaire en santé mentale Douglas
OPQ	Ordre des psychologues du Québec
PD/A	Panic disorder with or without agoraphobia
PDA	Panic disorder with agoraphobia
PS	Phobie spécifique
QIPS	Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State

QSP	Questionnaire sur les sensations physiques
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCEI	Ratio coûts-efficacité incrémental
SCID-II	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TAS	Trouble d'anxiété sociale
TCC	Thérapie cognitive et comportementale
TDM	Trouble dépressif majeur
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
TP	Trouble panique
TP/A	Trouble panique avec ou sans agoraphobie
TPA	Trouble panique avec agoraphobie
UQÀM	Université du Québec à Montréal
UQO	Université du Québec en Outaouais
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
UdeS	Université de Sherbrooke

RÉSUMÉ

Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) sont deux troubles anxieux qui engendrent une grande détresse psychologique, d'importantes limitations personnelles, professionnelles et sociales, ainsi qu'un fardeau économique considérable. Ils ne sont souvent pas diagnostiqués et les traitements offerts ne sont pas toujours appropriés, malgré le fait que les personnes atteintes sollicitent de nombreuses consultations auprès des professionnels de la santé. Ces troubles se présentent fréquemment en cooccurrence, mais les coûts associés à leur comorbidité spécifique et l'impact de la thérapie cognitive et comportementale (TCC) sur la réduction de ces coûts demeurent encore peu connus. La TCC représente l'intervention psychologique qui bénéficie du plus grand soutien empirique dans le traitement du TPA et du TAG. Puisque ces deux troubles partagent certaines caractéristiques, un traitement combiné pourrait dès lors s'avérer une option pertinente. Considérant les ressources limitées des systèmes de santé, de plus en plus d'études s'intéressent aux évaluations économiques des thérapies existantes avec l'objectif d'augmenter l'accès aux traitements à la fois les plus efficaces et les moins dispendieux. La présente étude vise à comparer les effets cliniques et économiques d'un traitement adapté à la comorbidité du TAG et du TPA à ceux d'une TCC conventionnelle qui vise le trouble primaire seulement.

Un total de 123 participants avec un double diagnostic de TPA et de TAG ont pris part à cette étude multicentrique. Ils ont été assignés par cohortes à l'une des deux modalités d'intervention. Chaque modalité incluait 14 séances de thérapie. Quarante-sept participants ont complété le traitement. Les participants étaient évalués au pré-test, au post-test, ainsi qu'à des suivis de relance de trois, six et douze mois.

Le premier volet de l'étude a pour objectif d'examiner le ratio coûts-efficacité incrémental (RCEI) d'une TCC combinée et adaptée au traitement de la comorbidité du TPA et du TAG, comparativement à la TCC conventionnelle pour le trouble primaire (TPA ou TAG) seulement. Cet objectif permet de vérifier s'il est plus avantageux sur le plan clinique et économique de traiter simultanément les deux troubles, comparativement au fait de ne traiter seulement que le trouble primaire. Les mesures principales incluent les coûts directs et indirects reliés aux traitements ainsi qu'un index de fonctionnement global (IFG) qui représente la mesure d'efficacité des interventions. Les résultats révèlent qu'un traitement combiné et adapté à la comorbidité du TPA et du TAG serait similaire au niveau des coûts et de l'efficacité au traitement conventionnel pour le trouble primaire. Par ailleurs, les participants des deux conditions s'améliorent de façon significative sur différentes mesures de symptomatologie et plus de la moitié d'entre eux atteignent un niveau de fonctionnement élevé sur l'IFG, et ce, à tous les temps de mesure. Ce résultat indique

que les traitements sont efficaces et permettent un maintien des gains thérapeutiques à long terme.

Dans le deuxième volet de l'étude, un premier objectif vise à estimer les coûts directs et indirects reliés à la santé mentale pour la comorbidité du TPA et du TAG. Un deuxième objectif consiste à observer s'il y a une réduction de ces coûts suite à la TCC combinée ou la TCC conventionnelle, et ce, sur une période d'un an après le traitement administré. Un troisième et dernier objectif cherche à évaluer si l'une de ces deux modalités de traitement mène à une réduction des coûts plus importante que l'autre, à la suite du traitement ou à l'une des périodes de relance. Dans ce deuxième volet de l'étude, les coûts directs (consultations auprès de professionnels de la santé et prise de médication psychotrope) et indirects (absentéisme et baisse de productivité au travail, temps consacré aux déplacements pour les consultations) reliés à la santé mentale ont été évalués à l'aide de *l'Entrevue sur les coûts de la santé*. Ils ont été calculés selon une perspective sociétale. Dans un premier temps, les résultats révèlent que la comorbidité du TPA et du TAG est associée à un fardeau économique non négligeable. Les coûts totaux moyens associés à cette comorbidité lors de l'évaluation initiale étaient de 2 000,48 \$CAD (ÉT = 2 069,62 \$CAD) par participant sur une période de trois mois. Les coûts indirects étaient plus élevés que les coûts directs. Dans un deuxième temps, les résultats démontrent que les deux modalités de TCC ont mené à des diminutions significatives et similaires entre le pré-test et le post-test, et ce, dans toutes les catégories de coûts. Ces réductions ont été maintenues jusqu'au suivi de douze mois. Les résultats démontrent que les coûts de la santé mentale peuvent être réduits suite à l'une ou l'autre des deux modalités de TCC, et ce, de façon comparable. Bien qu'elle comporte des limites, la présente étude permet d'enrichir les connaissances dans le domaine du traitement et des coûts pour la comorbidité du TPA et du TAG.

Mots clés : Trouble panique avec agoraphobie; trouble d'anxiété généralisée; comorbidité; thérapie cognitive et comportementale; analyse coûts-efficacité, coûts de la santé mentale

CHAPITRE I

INTRODUCTION GÉNÉRALE

1. Contexte théorique

1.1 Définition et prévalence des troubles anxieux

Les troubles anxieux représentent la catégorie diagnostique de troubles mentaux qui regroupe les problèmes d'anxiété qui engendrent une détresse marquée et/ou un dysfonctionnement significatif (American Psychiatric Association [APA], 2013). Les troubles qui font partie de cette catégorie partagent les caractéristiques d'une peur ou d'une anxiété excessive et des perturbations comportementales qui leur sont apparentées (p. ex. évitement de situations anxiogènes). Les troubles anxieux se distinguent les uns des autres par le type d'objets ou le type de situations qui induisent la peur, l'anxiété ou les comportements d'évitement et les croyances erronées associées (APA, 2013).

Selon une revue systématique des écrits, il est estimé qu'environ 16,6% des individus de la population générale vont rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble anxieux au cours de leur vie (Somers, Goldner, Waraich et Hsu, 2006). Cette estimation va jusqu'à 28,8% dans certains pays occidentaux (Michael, Zetsche et Margraf, 2007). Leur taux élevé de prévalence à vie contribue à faire des troubles anxieux la catégorie de troubles mentaux qui survient le plus fréquemment dans la population générale (Kessler, Ruscio, Shear et Wittchen, 2010). En outre, Somers et

ses collaborateurs (2006) rapportent que leur prévalence annuelle se situe autour de 10,6%. Parmi les troubles anxieux, le trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) sont fréquemment observés dans les milieux cliniques (Vermani, Marcus et Katzman, 2011; Roberge, Fournier, Menear et Duhoux, 2014).

1.1.1 Définition et prévalence du TPA

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux – 4^e Version – texte révisé (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition – Text Revision ; DSM-IV-TR ; APA, 2000*)¹, le diagnostic de TPA implique la présence à la fois du trouble panique (TP) et de l'agoraphobie. Le TP se caractérise par la survenue d'attaques de panique récurrentes et imprévisibles. Une attaque de panique est définie comme une période bien délimitée de craintes ou d'inconfort intense qui comporte au moins quatre des 13 symptômes somatiques et cognitifs (voir l'appendice A). Les attaques de panique s'accompagnent depuis une période d'au moins un mois de l'un des symptômes suivants : anticipation de leur survenue, préoccupations concernant leurs causes ou leurs conséquences possibles (p. ex. crise cardiaque, perte de contrôle) ou certains changements de comportement dus à celles-ci (p. ex. évitement d'exercices physiques ou de situations non familières).

L'agoraphobie est une peur marquée de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou d'obtenir de l'aide en cas de symptômes semblables à ceux d'une attaque de panique. L'individu évite les

¹ La référence au *DSM-IV-TR* est utilisée pour la définition du TPA puisque la présente étude s'est déroulée lorsque cette édition du manuel de classification psychiatrique était en vigueur.

situations agoraphobiques, les subit avec un sentiment de détresse marquée ou éprouve le besoin d'y être accompagné. Il est à noter que depuis la sortie du *DSM-5* (APA, 2013), le diagnostic d'agoraphobie comporte certaines modifications. Les peurs doivent concerner au moins deux situations parmi les cinq spécifiées (c.-à-d., le transport public ; les espaces ouverts ou vastes ; les espaces clos ; les foules ou les files d'attente ; être seul hors du domicile) et doivent être présentes depuis une période minimale de six mois.

Dans la nouvelle édition du *DSM*, le diagnostic qui combine le trouble panique et l'agoraphobie a été supprimé. Le *DSM-5* recommande plutôt de poser des diagnostics distincts, soit le TP et l'agoraphobie lorsque les deux conditions sont présentes. Dans les versions précédentes de ce manuel (APA, 1987; 1994 ; 2000), ces deux problématiques pouvaient être caractérisées par un seul diagnostic lorsqu'applicable, soit celui de TPA. C'est dans le cadre de cette dernière considération que la présente étude a été réalisée puisqu'elle s'est déroulée lorsque le *DSM-IV-TR* était en vigueur (l'appendice A présente un tableau comparatif des critères diagnostiques du TP et de l'agoraphobie selon les versions du *DSM-IV-TR* et du *DSM-5*).

Dans la population générale, la prévalence à vie du TP est estimée à 1,2% et à 3,8% pour l'agoraphobie (Somers et al., 2006). Selon les mêmes auteurs, leur prévalence sur une période de 12 mois est de 1% et de 1,6% respectivement. Toutefois, dans les services de santé de première ligne, le trouble panique avec ou sans agoraphobie (TP/A)² s'avère beaucoup plus fréquent, avec une prévalence pouvant atteindre 12,6% (Vermani et al., 2011).

² TP/A fait référence au trouble panique avec ou sans agoraphobie, dépendamment des populations ciblées dans les études mentionnées. Cette abréviation sera utilisée tout au long de ce manuscrit, lorsque applicable.

1.1.2 Définition et prévalence du TAG

Le TAG se caractérise par la présence d'anxiété et d'inquiétudes excessives et difficiles à contrôler concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités, et ce, plus d'une journée sur deux pendant une période minimale de six mois (les critères diagnostiques du TAG sont présentés à l'appendice A) (APA, 2000). Les thèmes d'inquiétudes les plus typiques concernent le travail, les finances, la santé personnelle ou celle des proches, les relations interpersonnelles ou les choses mineures du quotidien. Il est important de noter que les soucis ne portent pas uniquement sur des éléments liés à un autre trouble mental (APA, 2000). L'anxiété et les inquiétudes s'accompagnent d'au moins trois des six symptômes suivants: agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tensions musculaires et troubles du sommeil. Il est à noter qu'aucun changement n'a été apporté aux critères diagnostiques du TAG entre le *DSM-IV-TR* et le *DSM-5*.

La prévalence à vie du TAG est estimée à 6,2% dans la population générale, alors que sa prévalence sur une période d'un an serait de 2,6% (Somers et al., 2006). Tout comme pour le TP/A, une prévalence plus grande (31,2%) serait observée dans les milieux cliniques (Vermani et al., 2011). En outre, il s'agirait du trouble anxieux le plus prévalent dans les soins de santé de première ligne à travers le monde (Maier et al., 2000).

1.2 Comorbidité

1.2.1 Définition de la comorbidité

Le terme comorbidité fait référence à la cooccurrence d'au moins deux troubles mentaux chez un même individu. Bien que certaines études portant sur la comorbidité considèrent la présence d'une symptomatologie sous-clinique, la présente recherche s'intéresse à la concomitance de diagnostics cliniques seulement.

Il est possible de mesurer la comorbidité de deux façons (Brown et Barlow, 1992). La manière longitudinale consiste à recenser tous les diagnostics qu'une personne va rapporter au cours d'une période donnée, souvent l'ensemble de sa vie. La deuxième façon implique de dénombrer les diagnostics qui se présentent simultanément à un moment précis dans le temps, habituellement lors de la période de l'évaluation. Il s'agit de la méthode transversale. C'est cette dernière méthode qui est considérée dans le cadre de la présente thèse.

Enfin, dans les études portant sur la comorbidité, les concepts de trouble primaire et trouble secondaire sont souvent utilisés. Il existe trois manières distinctes de définir ceux-ci (Brown et Barlow, 1992). La façon chronologique consiste à définir le trouble primaire comme étant celui qui est apparu en premier. La deuxième façon considère l'aspect causal, c'est-à-dire que le trouble primaire est celui qui a engendré l'apparition du trouble secondaire. Enfin, la troisième méthode se base sur la sévérité symptomatologique de chacun des deux troubles. Le trouble primaire est celui qui est associé à une plus grande détresse ainsi qu'à un niveau de dysfonctionnement plus important. C'est à cette dernière méthode que les concepts de trouble primaire et secondaire se réfèrent tout au long de ce texte.

1.2.2 Comorbidité du TPA et du TAG

Les écrits scientifiques portant sur la comorbidité des troubles mentaux démontrent que ces troubles se présentent plus souvent en cooccurrence que seuls, et ce, tant dans les milieux cliniques que non-cliniques (Brown, Campbell, Lehman, Grisham et Mancill, 2001; Jacobi et al., 2004; Michael et al., 2007). Brown et ses collaborateurs (2001) ont évalué à l'aide du *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV*; Di Nardo, Brown et Barlow, 1994), 968 patients qui s'étaient présentés au *Center for Stress and Anxiety Disorders*, associé à l'Université de l'État de New York, et au *Center for Anxiety and Related Disorders* de l'Université de Boston. Ils indiquent que 55% des individus avec un trouble anxieux primaire présentaient au moins un autre trouble anxieux ou un trouble de l'humeur comorbide au moment de l'évaluation.

Le TPA et le TAG sont généralement associés à des hauts taux de comorbidité. Plus spécifiquement, le TAG est considéré comme le trouble anxieux le plus cooccurrent (Brown et al., 2001; Grant et al., 2005; Jacobi et al., 2004). Dans leur étude, Jacobi et ses collaborateurs (2004) ont rapporté que le TAG se présentait en concomitance avec un autre trouble mental dans 94% des cas. Ce taux était de 88% pour le TPA. Brown et ses collaborateurs (2001) ont spécifié que 47% des participants de leur étude avec un TPA primaire et 52% de ceux avec un TAG primaire avaient au moins un autre trouble anxieux concomitant.

Le TPA et le TAG possèdent des taux de prévalence et de comorbidité élevés. Par ailleurs, ces deux troubles se présentent souvent en cooccurrence. Selon différentes études, le taux de prévalence pour la comorbidité du TAG et du TP/A se situerait entre 19% et 42% (Bruce, Machan, Dyck et Keller, 2001; Grant et al., 2005; Roberge et al., 2015). Ainsi, en assumant que dans approximativement un tiers des cas, une

personne présentant un TAG aura aussi un diagnostic de TPA, et inversement, il devient nécessaire de mettre en évidence les conséquences individuelles et sociales de ces deux troubles et de leur cooccurrence.

1.3 Conséquences psychosociales

1.3.1 Détresse et dysfonctionnement associés au TPA

Les individus aux prises avec un TPA présentent une santé mentale significativement amoindrie comparativement à la population générale (Comer et al., 2011 ; Olatunji, Cisler et Tolin, 2007). Comer et ses collaborateurs spécifient qu'elle serait même inférieure à celle des individus souffrant de conditions médicales chroniques telles que des problèmes cardiaques, le cancer, le diabète ou l'arthrite. Les individus avec un TPA rapportent une détresse psychologique élevée et ils sont plus à risque de commettre des tentatives de suicide (Davidoff, Christensen, Khalili, Nguyen et IsHak, 2012). Après avoir contrôlé l'effet potentiellement confondant de certaines variables (p. ex. âge, sexe, diagnostic comorbide du trouble dépressif majeur (TDM), du TAG et de troubles de la consommation), Pilowsky et ses collaborateurs (2006) ont trouvé que les patients avec un TP avaient deux fois plus de chances de présenter des idées suicidaires que les patients qui n'avaient pas ce diagnostic. Par ailleurs, un TDM de même que les troubles reliés à la consommation d'alcool ou de drogue se retrouvent souvent en concomitance avec un TP/A (APA, 2013). Aussi, le TPA est associé à des risques significativement élevés de dysfonctionnement conjugal et social (p. ex. baisse du contact avec les amis et les proches, diminution de la participation à des sports ou des activités) (Davidoff et al., 2012; Olatunji et al., 2007). Ces aspects peuvent constituer un reflet de l'évitement comportemental et situationnel souvent associé à ce trouble. Enfin, le fonctionnement dans la sphère professionnelle des

individus avec un TPA se retrouve affecté, menant à des difficultés comme la baisse de productivité, le chômage ou la dépendance financière (Davidoff et al., 2012; Olatunji et al., 2007; Park et al., 2014).

1.3.2 Détresse et dysfonctionnement associés au TAG

Les personnes aux prises avec un TAG rapportent une qualité de vie significativement inférieure à celle de la population générale (Comer et al., 2011; Olatunji et al., 2007). Celle-ci se reflète notamment par une diminution du bien-être psychologique et émotionnel. De plus, des symptômes dépressifs accompagnent fréquemment la symptomatologie du TAG (Bruce et al., 2001; Hoffman, Dukes et Wittchen, 2008; Maier et al., 2000). Également, les individus avec ce trouble ont tendance à rapporter des plaintes concernant leur santé physique (Comer et al., 2011; Revicki et al., 2012). Cet aspect pourrait être influencé par les symptômes somatiques du trouble, comme les tensions musculaires, la fatigue et les difficultés de sommeil. La qualité de vie amoindrie des personnes aux prises avec un TAG se reflète non seulement par un faible niveau de santé mentale et physique, mais également par un dysfonctionnement et de l'insatisfaction dans les sphères sociale, familiale et professionnelle (Hoffman et al., 2008; Olatunji et al., 2007; Revicki et al., 2012). Les inquiétudes excessives et difficiles à contrôler qui caractérisent ce trouble interfèrent également avec la capacité des individus d'être efficaces, que ce soit au niveau des tâches domestiques ou de leur emploi (APA, 2013). Les individus avec un TAG ont tendance à rapporter une baisse de productivité au travail et à s'absenter en raison de leurs symptômes dérangeants sur près de dix journées par mois en moyenne (Revicki et al., 2012). En outre, leur niveau de dysfonctionnement serait comparable à celui des individus avec un TDM (Grant et al., 2005; Hoffman et al., 2008).

1.3.3 Impact de la comorbidité sur la détresse et le dysfonctionnement

Les conséquences psychosociales du TPA et du TAG s'avèrent non négligeables. D'ailleurs, lorsque ces deux troubles se présentent en comorbidité avec un autre trouble ou ensemble, ils sont associés à une augmentation du dysfonctionnement social et occupationnel, ainsi qu'à une santé émotionnelle détériorée (Grant et al., 2005; Nutt, Argyropoulos, Hood et Potokar, 2006; Revicki et al., 2012). Nutt et ses collaborateurs ajoutent que la comorbidité avec un autre trouble mental chez les individus avec un TAG augmente la sévérité de la symptomatologie et la durée du trouble et réduit la probabilité d'émettre un diagnostic approprié. Considérant l'ampleur de la détresse et du dysfonctionnement chez les personnes avec un TPA ou un TAG, il n'est pas étonnant que celles-ci consultent fréquemment divers professionnels de la santé.

1.4 Utilisation des services de santé

1.4.1 Consultations professionnelles associées au TPA

Le TPA se trouve agrégé à une utilisation accrue des services de santé physique et mentale et des médicaments psychotropes prescrits (Deacon, Lickel et Abramowitz, 2008; Lépine, 2002). Les individus aux prises avec ce trouble consultent des médecins omnipraticiens, des médecins spécialistes, des psychologues, et ils présentent un taux élevé d'hospitalisations et de consultations à l'urgence (Cloutier et al., 2009; Davidoff et al., 2012; Deacon et al., 2008; Lépine, 2002). Dans leur étude portant sur l'utilisation des services de santé chez 171 patients avec un trouble

anxieux, Deacon et ses collaborateurs (2008) ont découvert que les patients avec un TP étaient ceux qui avaient le plus souvent recours aux services médicaux, surtout dans les départements d'urgence, de médecine générale et de cardiologie. Ceci n'est pas surprenant en raison des nombreux symptômes somatiques de la panique, comme la tachycardie, les douleurs thoraciques ou le souffle court. Les individus avec un TP ont tendance à interpréter ces réactions physiologiques comme menaçantes pour leur santé ou leur vie (p. ex. infarctus). Ces individus ont ainsi habituellement recours aux médecins généralistes avant de recevoir des traitements psychologiques ou pharmacologiques efficaces (Leon, Olfson et Porter, 1997). Il semble que le TPA est un trouble associé à de nombreuses consultations chez les professionnels de la santé physique et mentale et qu'il constitue conséquemment un important fardeau économique au niveau du système de santé.

1.4.2 Consultations professionnelles associées au TAG

Les personnes avec un TAG utilisent abondamment les services de santé de première ligne, de même que les psychotropes (Deacon et al., 2008; Koerner, et al., 2004; Roberge et al., 2015). Lépine (2002) précise qu'environ 68% des individus avec un TAG comorbide vont chercher de l'aide auprès des professionnels de la santé physique et mentale. Roberge et ses collaborateurs (2015) ont trouvé quant à eux que 89,5% des individus avec un TAG avaient consulté pour des problèmes de santé mentale dans le secteur primaire au Québec, le plus souvent auprès de médecins généralistes (87,4 %), puis des psychologues (53,8 %) et des psychiatres (28,5 %). La plupart des personnes avec ce trouble consultent pour des préoccupations somatiques, comme des problèmes reliés à la douleur et à l'insomnie (Wittchen, Kessler, Beesdo, Krause et Hoyer, 2002), ce qui peut être expliqué par les symptômes physiques reliés à ce trouble. Les personnes avec un TAG utilisent de façon importante les services

des médecins de famille, des infirmières et des médecins spécialistes comme les cardiologues et les gastro-entérologues (Koerner et al., 2004). Dans une étude portant sur 146 patients avec un TP et 154 patients avec un TAG, Logue et ses collaborateurs (1993), ont souligné que les personnes avec un TAG (49%) consultaient pour des symptômes cardiaques aussi souvent que les personnes avec un TPA (48%). Cloutier et ses collaborateurs (2009) ont trouvé que les individus avec un TAG sollicitaient significativement plus les spécialistes que les personnes aux prises avec un TPA, un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) ou un trouble d'anxiété sociale (TAS).

En plus d'une plus grande utilisation de services de santé que la population générale, les individus avec un TPA ou un TAG rapportent aussi des plus hauts taux d'absentéisme et de baisse de productivité au travail (Koerner et al., 2004; Park et al., 2014). Ces aspects génèrent des coûts très élevés tant au niveau individuel que sociétal. Les études sur les coûts de la santé qui sont présentées dans la prochaine section appuient ce constat.

1.5 Les coûts de la santé

Une façon adéquate d'évaluer les conséquences économiques des troubles mentaux est d'effectuer des études de coûts de la santé (Jefferson, Demicheli et Mugford, 2000; Konnopka, Leichsenring, Leibing et König, 2009). L'objectif d'une étude sur les coûts de la santé est de fournir, de façon descriptive, une estimation du fardeau économique d'un trouble (et/ou de ses comorbidités) en définissant, classifiant et mesurant les coûts qui y sont associés (Jo, 2014). Ces informations peuvent s'avérer un outil économique très pertinent auprès des décideurs et gestionnaires du système de santé. Elles permettent : 1) de documenter les secteurs de santé utilisés par les individus qui présentent un trouble donné; 2) d'identifier les composantes qui

contribuent majoritairement aux coûts de la santé pour ce trouble; 3) de se questionner sur la gestion clinique actuelle pour ce trouble; et 4) de cibler les interventions à prioriser dans le but de réduire le fardeau économique associé à ce trouble (Jo, 2014; Tarricone, 2006). Dans ce type d'étude, plusieurs paramètres sont à considérer dans le calcul des coûts et conséquemment dans l'interprétation des résultats.

1.5.1 Comment mesure-t-on les coûts de la santé?

Le calcul des coûts peut s'effectuer selon l'approche descendante (*top down*) ou ascendante (*bottom up*) (Tarricone, 2006). Dans l'approche descendante, les coûts de la santé individuels sont déduits à partir de statistiques rapportées sur la majorité des individus d'une population ou sur un très grand nombre. La façon ascendante, quant à elle, s'effectue en extrapolant les données obtenues dans un échantillon à l'ensemble de la population (Jo, 2014; Konnopka et al., 2009). Le calcul des coûts comporte la considération de deux types de coûts : directs et indirects (Jefferson et al., 2000). Les coûts directs englobent les consultations avec divers professionnels de la santé (p. ex. rendez-vous chez les médecins généralistes ou spécialistes, visites à l'urgence, hospitalisations, services psychologiques), ainsi que la prise de médication (Jo, 2014). Certaines études vont également inclure dans cette catégorie les coûts non médicaux (p. ex. frais administratifs, frais de déplacement pour les visites chez les professionnels de la santé). Les coûts indirects décrivent les coûts reliés à l'absentéisme et à la baisse de productivité au travail résultant du trouble de santé mentale (Jo, 2014). Dépendamment des objectifs d'une étude, ils peuvent également inclure les coûts reliés à une retraite précoce ou à la mort prématurée de l'individu. Aussi, il est à noter que certains auteurs vont comptabiliser les coûts reliés aux

déplacements pour les visites chez les professionnels de la santé dans les coûts indirects plutôt que directs. Enfin, il demeure important de déterminer la perspective selon laquelle les coûts sont estimés, en fonction du payeur qui les assume (p. ex. individu, tiers payeur/compagnie d'assurance, gouvernement, société) (Jefferson et al., 2000; Jo, 2014). La perspective sociétale est la plus inclusive, puisqu'elle considère les coûts, peu importe le payeur. C'est cette perspective qui a été utilisée dans toutes les études rapportées dans le présent document.

1.5.2 Les coûts de la santé associés aux troubles anxieux

Étant donnée leur prévalence, les troubles anxieux engendrent des coûts élevés tant pour la société que pour l'individu aux prises avec l'un de ces troubles. Deux études, conduites aux États-Unis, ont estimé que les coûts annuels associés aux troubles anxieux s'élevaient entre 42,3 et 46,6 milliards de dollars américains dans les années 1990 (DuPont et al., 1996; Greenberg et al., 1999). Greenberg et ses collaborateurs ont spécifié que 54% de ce montant était attribué aux traitements médicaux non-psychiatriques, 31% aux traitements psychiatriques (p. ex. psychiatres, psychologues, médecins généralistes, travailleurs sociaux, hospitalisations), 10% aux coûts indirects reliés à l'emploi (baisse de productivité (88%) et absentéisme (12%)), 3% aux coûts reliés à la mortalité (suicide) et 2% à la pharmacothérapie. Plus récemment, Andlin-Sobocki, Jönsson, Wittchen et Olesen (2005) ont estimé les coûts annuels des troubles anxieux en Europe à 41,4 milliards d'euros. Ils ont démontré que ces coûts étaient équivalents à ceux rapportés dans les études américaines, en tenant compte de l'inflation et du taux de change en 2004. Ils ont rapporté, quant à eux, que les coûts indirects représentaient 47% des coûts totaux dans leur étude. Selon Koerner et ses collaborateurs (2004), il existe des éléments indiquant que, en termes de coûts reliés aux troubles anxieux, la situation au Canada ressemble à celle qui prévaut aux États-

Unis. Cela s'expliquerait notamment par un taux de prévalence semblable de ces troubles au Canada ainsi qu'aux habitudes similaires des individus anxieux en ce qui a trait aux consultations chez les professionnels de la santé (consultations chez les médecins généralistes plutôt que dans les services spécialisés en santé mentale). En ce qui concerne le TPA et le TAG, quelques études ont tenté d'évaluer les coûts qui étaient particulièrement associés à ces troubles (voir le tableau 1 à la fin de la section 1.5.4 pour une synthèse des études sur les coûts de la santé pour le TPA et pour le TAG).

1.5.3 Les coûts de la santé associés au TPA

Salvador-Carulla, Segui, Fernandez-Cano et Canet (1995) ont mené une étude en Espagne sur l'utilisation des services de santé et l'absentéisme au travail chez 61 patients présentant un TP/A. Ils ont estimé que le total des coûts directs pour l'ensemble de l'échantillon était de 29 158 \$US (478 \$US en moyenne par patient), et ce au cours de l'année (1992) qui précédait leur diagnostic et la prise en charge dans le projet. Ces coûts étaient reliés aux visites médicales (p. ex. généralistes, spécialistes, urgence), aux visites psychiatriques, aux hospitalisations, aux examens diagnostiques et tests de laboratoire, à la médecine alternative (p. ex. chiropratique) et à la médication. Le total des coûts indirects s'élevait à 65 643 \$US au cours de l'année pour l'ensemble des 29 patients qui possédaient un emploi (2 264 \$US en moyenne par patient). Il s'agit de sommes importantes, surtout considérant la petite taille échantillonnale. Les auteurs notent qu'une faible reconnaissance du diagnostic de TP/A a possiblement contribué aux coûts rapportés.

En se basant sur les données obtenues par le biais d'un sondage dans le cadre de la *Cross-National Collaborative Panic Study* réalisée dans les années 1980 aux États-

Unis, Leon et ses collaborateurs (1997) ont estimé les coûts reliés aux consultations pour le TP chez 380 participants. Ils ont rapporté que les coûts annuels moyens auprès de médecins généralistes étaient de 264 \$US (ÉT = 834 \$US) par participant, alors que ceux pour les services spécialisés en santé mentale (p. ex. cliniques communautaires en santé mentale, psychothérapeutes et conseillers) étaient de 483 \$US (ÉT = 1354 \$US). Les coûts totaux annuels s'élevaient en moyenne à 969 \$US (ÉT = 2 045 \$US). Les auteurs précisent que 10% des participants étaient de grands consommateurs de services de santé et ont contribué pour 45% des coûts rapportés. Cette étude souligne une disparité dans les coûts selon les participants. Une plus grande fréquence des attaques de panique était associée à une utilisation accrue des services. Également, la sévérité du dysfonctionnement était reliée à une plus grande utilisation des services spécialisés en santé mentale. Malgré plusieurs lacunes importantes (p. ex. évaluation de coûts associés aux consultations en clinique externe seulement; estimation des coûts basés sur les données des années 1980; exclusion des participants présentant une comorbidité), cette étude menée par Leon et ses collaborateurs a contribué à documenter les coûts reliés au TP et à cibler certaines variables qui ont une influence sur l'utilisation des services.

Au Québec, Roberge et ses collaborateurs (2005) ont examiné les coûts directs reliés à l'utilisation des services de santé chez 84 participants avec un TPA. En se basant sur les tarifs en vigueur en 1999, ils ont estimé ces coûts sur une période de trois mois précédant l'intégration des participants dans leur étude de traitement. Ils ont considéré les consultations chez les médecins généralistes et spécialistes, les coûts reliés à la psychothérapie, ainsi qu'à la pharmacothérapie. Le total des coûts directs s'élevait en moyenne à 175,58 (ÉT = 209,49) dollars canadiens (\$CAD) par participant. Les auteurs ont également identifié les coûts directs reliés à la santé mentale seulement. Les services de santé mentale font référence aux visites chez les psychiatres, les psychologues, les travailleurs sociaux, les groupes de soutien, mais

aussi les médecins généralistes lorsque le motif de consultation est la prescription de médicaments pour l'anxiété ou une référence pour des spécialistes en santé mentale. Ces coûts étaient en moyenne 102,26 \$CAD (ÉT = 183,29 \$CAD) par participant sur une période de trois mois. Selon ces résultats, il semblerait que plus de la moitié des coûts médicaux associés au TPA réfèrent aux consultations en lien avec la santé mentale.

En utilisant la même année de référence pour les tarifs que l'équipe de Roberge (2005), Cloutier et ses collaborateurs (2009) ont également estimé les coûts directs pour le TPA auprès de 42 participants dans une population québécoise. En moyenne, les coûts directs totaux étaient de 301,33 \$CAD par participant sur une période de trois mois. Il s'agit de coûts généraux de santé mentale et physique qui comprenaient les consultations chez les omnipraticiens, les médecins spécialistes, les autres professionnels (p. ex. psychologues, infirmières, massothérapeutes, chiropraticiens, travailleurs sociaux, dentistes, etc.) et les coûts reliés à la médication. Il demeure toutefois difficile d'évaluer quels sont les coûts spécifiquement associés au TPA puisque les auteurs n'ont pas distingué les coûts reliés à la santé mentale des coûts reliés à la santé physique en ce qui a trait à la médication et aux visites chez les professionnels.

Enfin, Batelaan et ses collaborateurs (2007) ont estimé les coûts annuels du TP/A en se basant sur les données tirées d'une enquête épidémiologique en santé mentale conduite dans la population générale adulte aux Pays-Bas en 1997. Dans ce vaste échantillon (n = 5504), 63 individus présentaient un TP clinique. Les coûts directs médicaux (consultations et médication), les coûts directs non médicaux (déplacements et attente pour les rendez-vous) et les coûts indirects (incapacité à travailler ou à effectuer les tâches à domicile) ont été considérés. Il est à noter que les données ont été colligées à l'aide d'un questionnaire auto-administré se rapportant

aux quatre dernières semaines. Les coûts annuels du TP/A ont été inférés à partir de ces coûts mensuels estimés. Ces coûts ont été rapportés en euros (€) selon la tarification en 2003. Les auteurs ont trouvé que les coûts annuels moyens étaient de €12 135 (95% CI 5009 – 19 261) pour le TP et de €15 322 (95% CI 5431–25 212) lorsque l'agoraphobie était aussi considérée (TPA). Ils ont identifié que les coûts reliés à la baisse de productivité représentaient au moins 75% des coûts totaux. Les auteurs ont également cherché à documenter l'impact de la comorbidité (autres troubles anxieux; TDM et dysthymie; trouble de la consommation d'alcool; troubles somatiques chroniques) sur les coûts du TP/A. Ils ont trouvé que 25% des coûts étaient attribuables à la comorbidité. Malgré plusieurs lacunes de cette étude (i.e., données basées sur un petit nombre d'individus avec un TP/A; données recueillies en 1997 en se basant sur les critères du DSM-III-R; extrapolation des coûts sur un an; questionnaire auto-rapporté, etc.), les résultats permettent de constater que le TP/A est un trouble onéreux, notamment en ce qui a trait aux coûts sociétaux indirects.

1.5.4 Les coûts de la santé associés au TAG

L'étude de Cloutier et ses collaborateurs (2009) décrite précédemment pour le TPA a également analysé les coûts médicaux associés au TAG chez 38 individus diagnostiqués avec ce trouble. Les auteurs ont rapporté que les coûts moyens sur une période de trois mois étaient de 701,29 \$CAD par participant. Ils ont également trouvé que les personnes avec un TAG étaient celles qui avaient significativement plus de visites chez les médecins spécialistes (principalement les psychiatres) par rapport aux personnes avec un autre trouble anxieux. Malgré un petit échantillon, l'omission du calcul des coûts indirects et l'absence de spécification des coûts reliés à la santé mentale, cette étude contribue à soutenir le fait que les consultations auprès

des professionnels de la santé, de même que la prise de médication des patients avec un TAG engendrent des coûts sociétaux importants, même sur une courte période de temps.

Souêtre et ses collaborateurs (1994) ont mené une étude transversale en France afin d'examiner l'impact de la comorbidité sur les coûts de la santé associés au TAG selon les critères diagnostiques du DSM-III-R. Les coûts totaux estimés en dollars américains pour une période de trois mois étaient de 1 208 \$US chez les patients présentant une comorbidité avec le TAG (n = 604) et de 733 \$US chez les patients n'ayant pas de comorbidité (n = 395). Les coûts rapportés dans les deux groupes étaient majoritairement dus aux hospitalisations ainsi qu'à l'absentéisme au travail. Les auteurs ont trouvé que les patients ayant une comorbidité avec le TAG avaient significativement plus d'hospitalisations, de tests de laboratoire, ils recevaient plus de médication et ils avaient plus de journées d'absentéisme au travail. Ils concluent que la comorbidité et la sévérité des symptômes du TAG contribuent à une plus grande utilisation de services, et conséquemment des coûts de la santé directs et indirects qui augmentent.

Sandelin, Kowalski, Ahnemark et Allgulander (2013) ont conduit une étude rétrospective en se basant sur les données de registres nationaux sur les services médicaux en Suède. Ils ont recensé les données reliées à l'utilisation des services de santé spécialisés (hospitalisations et consultations en externe), ainsi à la médication psychotrope sur une période d'un an chez 3 701 patients diagnostiqués avec un TAG primaire en 2006. Les coûts directs annuels étaient estimés à € 2 340 en moyenne par participant. Les auteurs ajoutent que 96% de ce montant (€ 2 246) était attribuable au TAG en tant que diagnostic principal lors du motif de consultation. Les hospitalisations étaient responsables de la plus grande proportion des coûts rapportés. Les auteurs ont également trouvé que les patients avec une comorbidité psychiatrique

(34%) présentaient des coûts directs moyens plus élevés que les patients sans comorbidité. Cette étude présente les coûts directs associés à la médication et aux services de santé spécialisés seulement, et ce, dans le secteur public. Ce choix méthodologique implique nécessairement une sous-estimation des coûts directs associés au TAG puisque les visites en première ligne ne sont pas incluses (p. ex., médecins généralistes); alors que celles-ci sont typiquement très fréquentes chez les individus avec un TAG, tel que mentionné précédemment.

Enfin, Rovira et ses collaborateurs (2012) ont évalué les coûts de la santé associés au TAG dans les services de santé de première ligne en Espagne en 2006 dans la population adulte et âgée. Les coûts médicaux directs incluaient les visites chez les médecins généralistes et spécialistes dans les soins primaires, les visites à l'urgence, les hospitalisations, les tests diagnostiques et la médication. Les auteurs ont également considéré les coûts directs non médicaux dans lesquels ils incluaient les frais de transport, les frais destinés aux aidants naturels et au gardiennage. Enfin, les coûts indirects étaient basés sur l'absentéisme au travail. Au total, 456 participants avec un TAG ont été recrutés et ont été comparés à 74 participants contrôles. Les coûts annuels moyens étaient de €7,739 par participant présentant un diagnostic de TAG. Afin d'estimer les coûts attribuables au TAG spécifiquement, les auteurs ont soustrait les coûts moyens des participants contrôles des coûts moyens des participants avec un TAG. Ils ont trouvé que les coûts annuels moyens attribuables au TAG étaient de €5,139. Ils estiment que les coûts indirects représentaient 75% de ce montant. En ce qui a trait aux coûts directs, la plus grande proportion de ceux-ci était attribuable aux médecins spécialistes (26%), puis à la médication (21%) et aux médecins généralistes (20%). Bien que certaines lacunes méthodologiques limitent la portée des résultats (p. ex., représentativité de l'échantillon, méthode d'estimation des coûts attribuables au TAG), cette étude démontre également que des coûts importants sont associés aux individus présentant un TAG. Les chercheurs de cette étude ont

également indiqué que la comorbidité psychiatrique était reliée à une augmentation des coûts de la santé associés à ce trouble.

En somme, les études sur les coûts de la santé pour le TPA et le TAG soutiennent que les individus avec ces troubles consultent abondamment les professionnels de la santé, consomment de façon importante des médicaments prescrits et rapportent de l'absentéisme et une baisse de productivité au travail. Ces aspects génèrent des coûts directs et indirects non négligeables tant pour les individus que la société en général. Ces coûts semblent notamment amplifiés par la présence de troubles comorbides (Batelaan et al., 2007; Rovira et al., 2012; Sandelin et al., 2013; Souêtre et al., 1994). Le tableau I présente une synthèse des études sur les coûts de la santé rapportées pour le TPA et le TAG.

Tableau 1. Synthèse des études sur les coûts de la santé pour le TPA et pour le TAG

Études sur les coûts de la santé associés au TPA							
Étude	Population	Calcul des coûts (période couverte, année de référence, source d'information)	Catégories pour les coûts directs	Coûts directs moyens par participant	Catégories pour les coûts indirects	Coûts indirects moyens par participant	Coûts totaux moyens par participant
Salvador-Carulla et al. (1995)	N = 61 patients avec un TP/A Clinique externe Espagne	12 mois 1992 Questionnaires auto-rapportés	Visites médicales (généralistes, spécialistes, urgence), visites psychiatriques, hospitalisations, examens diagnostiques, tests de laboratoire, médecine alternative et médication	478 \$US	Absentéisme	2 264 \$US	N/A
Leon et al. (1997)	N = 380 participants avec un TP <i>Cross-National Collaborative Panic Study</i> États-Unis	12 mois 1993 Sondage	Visites chez les médecins généralistes, utilisation des services spécialisés en santé mentale (p. ex. cliniques communautaires en santé mentale, psychothérapeutes et conseillers)	Médecins généralistes : 264 \$US (ÉT = 834 \$) Services spécialisés en santé mentale : 483 \$US (ÉT = 1354 \$)	N/A	N/A	969 \$US (ÉT = 2045 \$)

Étude	Population	Calcul des coûts (période couverte, année de référence, source d'information)	Catégories pour les coûts directs	Coûts directs moyens par participant	Catégories pour les coûts indirects	Coûts indirects moyens par participant	Coûts totaux moyens par participant
Roberge et al. (2005)	N = 84 participants avec un TPA Québec, Canada	3 mois 1999 Entrevue structurée	Visites chez les médecins généralistes et spécialistes, psychothérapie et médication	Total : 175,58 \$CAD (ÉT = 209,49 \$) Reliés à la santé mentale : 102,26 \$CAD (ÉT = 183,29 \$)	N/A	N/A	N/A
Cloutier et al. (2009)	N = 42 participants avec un TPA 3 cliniques externes spécialisées en santé mentale Québec, Canada	3 mois 1999 Entrevue structurée	Visites chez les médecins généralistes et spécialistes, les autres professionnels (p. ex. psychologues, infirmières, massothérapeutes, chiropraticiens, travailleurs sociaux, dentistes) et médication.	301,33 \$CAD	N/A	N/A	N/A
Batelaan et al. (2007)	N = 63 participants avec un TPA Enquête épidémiologique dans la population générale adulte Pays-Bas	1 mois rapporté sur 12 mois 2003 Questionnaire auto-administré	Coûts médicaux : Visites chez les médecins généralistes et spécialistes, services hospitaliers généraux et spécialisés en santé mentale (internes et externes), psychothérapeutes en		Incapacité à travailler ou à effectuer les tâches à domicile (nombre de journées)		TP : €12 135 (95% CI 5009 – 19 261) TPA : €15 322 (95% CI 5431–25 212)

Études sur les coûts de la santé associés au TAG									
Étude	Population	Calcul des coûts (période couverte, année de référence, source d'information)	Catégories pour les coûts directs	Coûts directs moyens par participant	Catégories pour les coûts indirects	Coûts indirects moyens par participant	Coûts totaux moyens par participant		
			pratique privée, travailleurs sociaux, physiothérapeutes et médication. Coûts non-médicaux : Temps de déplacement et d'attente pour les consultations						
Cloutier et al. (2009)	N = 38 participants avec un TAG 3 cliniques externes spécialisées en santé mentale Québec, Canada	3 mois 1999 Entrevue structurée	Visites chez les médecins généralistes et spécialistes, les autres professionnels (p. ex. psychologues, infirmières, massothérapeutes, chiropraticiens, travailleurs sociaux, dentistes) et médication.	701,29 \$CAD	N/A	N/A	N/A		
Souétre et al. (1994)	N = 395 patients avec un TAG seul N = 604 patients avec un TAG et un autre trouble	3 mois Registres médicaux	Visites médicales (généralistes, spécialistes, urgence), hospitalisations, tests de laboratoire et médication	TAG seul : 490 \$US TAG et trouble comorbide : 792 \$US	Absentéisme au travail	TAG seul : 243 \$US TAG et trouble comorbide : 416 \$US	TAG seul : 733 \$US TAG et trouble comorbide : 1 208 \$US		

Étude	comorbide Services ambulatoires France	Population	Calcul des coûts (période couverte, année de référence, source d'information)	Catégories pour les coûts directs	Coûts directs moyens par participant	Catégories pour les coûts indirects	Coûts indirects moyens par participant	Coûts totaux moyens par participant
Sandelin et al. (2013)	N = 3 701 patients avec un TAG Suède	12 mois 2006 Données de registres nationaux dans le secteur public	Services de santé spécialisés (hospitalisations et consultations en externe) et médication psychotrope	€ 2 340	N/A	N/A	N/A	N/A
Rovira et al. (2012)	N = 456 participants adultes et aînés avec un TAG Services de santé de 1 ^{ère} ligne Espagne	3 mois rapportés sur 12 mois 2006 Questionnaires	Médicaux : visites chez les médecins généralistes et spécialistes dans les soins primaires, visites à l'urgence, hospitalisations, tests diagnostiques et médication. Non- médicaux : frais de transport, frais destinés aux aidants naturels et au gardiennage	€1 424	Absentéisme au travail	€3 765	€5 189	

1.5.5 Facteurs ayant un impact sur les coûts de la santé associés au TPA et au TAG

Différents auteurs ont identifié des facteurs qui semblent avoir une influence sur l'utilisation des services de santé, et conséquemment sur les coûts, chez les individus avec un trouble anxieux (Chartier-Otis, Perreault et Bélanger, 2010; Marciniak et al., 2005; Roberge et al., 2014). Ces facteurs regroupent notamment des variables sociodémographiques (p. ex. sexe, âge, scolarité), cliniques (p. ex. conditions médicales ou psychiatriques comorbides, sévérité de l'évitement, consultations antérieures) et financières (p. ex. couverture d'assurance médicale, coûts des services). Considérant le contexte de la présente recherche, deux facteurs d'influence sur les coûts sont plus spécifiquement abordés; soit la comorbidité et la détection et la prise en charge des individus avec un TPA ou un TAG.

1.5.5.1 Comorbidité

Plusieurs chercheurs ont observé que les coûts associés à un TPA ou à un TAG semblent accrus lorsque ceux-ci se présentent en cooccurrence avec un autre trouble de la santé mentale (Batelaan et al., 2007; Marciniak et al., 2005; Rovira et al., 2012; Sandelin et al., 2013; Souêtre et al., 1994). La comorbidité serait associée à des consultations accrues auprès des professionnels de la santé, ainsi qu'à plus d'absentéisme au travail, et conséquemment à l'augmentation du fardeau économique déjà présent pour ces deux troubles anxieux pris individuellement. Sachant que le TPA et le TAG se présentent souvent en comorbidité et que chacun est associé à des coûts sociétaux très élevés, il serait intéressant d'explorer les coûts associés à leur comorbidité particulière. À notre connaissance, aucune étude n'a évalué les coûts de la santé spécifiques à la comorbidité du TPA et du TAG.

1.5.5.2 Détection et prise en charge

Un autre aspect qui semble contribuer au fardeau économique du TPA et du TAG est le faible taux de reconnaissance de ces diagnostics dans les services de santé de première ligne. Il a été mentionné que les individus avec ces troubles ont tendance à utiliser davantage les services des médecins généralistes que des spécialistes en santé mentale puisque leurs symptômes s'apparentent à ceux associés aux maladies physiques (Lépine, 2002; Roberge, Marchand, Reinharz, Marchand et Cloutier, 2004). Par ailleurs, ils ont souvent des problèmes de santé reliés à leur trouble, tels que des douleurs à la poitrine et le syndrome du côlon irritable (Roy-Byrne et al., 2008). Étant donné que les motifs de consultations des individus avec un TPA ou un TAG sont typiquement orientés vers des plaintes somatiques et que les médecins généralistes n'ont pas tendance à investiguer la présence de troubles anxieux, ces troubles ne sont souvent pas reconnus ou correctement diagnostiqués malgré de nombreuses consultations (Revicki et al., 2012; Roy-Byrne, Wagner et Schraufnagel, 2005). De plus, une minorité d'entre eux reçoivent les traitements recommandés par les guides de pratiques cliniques (Roberge, Fournier, Duhoux, Nguyen et Smolders, 2011; Roberge et al., 2014, 2015; Weisberg, Beard, Moitra, Dyck et Keller, 2014). Par ailleurs, en ce qui concerne le TAG plus particulièrement, certains auteurs ajoutent que la présence d'un autre trouble anxieux comorbide réduit les probabilités d'un diagnostic approprié et les chances de recevoir un traitement psychologique adéquat pour ce trouble (Nutt et al., 2006; Roberge et al., 2015).

Particulièrement lorsqu'ils ne sont pas traités, les troubles anxieux ont tendance à devenir chroniques et à se montrer aussi limitatifs que les troubles somatiques (Lépine, 2002). Sachant qu'une rémission spontanée du TPA et du TAG s'avère peu fréquente (Bruce et al., 2005), il demeure nécessaire de pouvoir offrir des traitements

spécialisés et adaptés aux personnes qui présentent ces troubles afin qu'elles puissent retrouver un fonctionnement satisfaisant d'une part et, d'autre part, dans le but de diminuer le fardeau économique et psychosocial qui leur est associé.

1.6 Traitement du TPA et du TAG

1.6.1 Psychothérapie et pharmacothérapies recommandées

Plusieurs études empiriques ont établi l'efficacité de la thérapie cognitive et comportementale (TCC) et de la pharmacothérapie dans le traitement du TPA et du TAG (Katzman et al., 2014; Mitte, 2005). En ce qui a trait à la pharmacothérapie, les médicaments de première intention seraient les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (ISRSN) et les antidépresseurs tricycliques (Andrisano, Balzarro, Fabbri, Chiesa et Serretti, 2012; Katzman et al., 2014). Les benzodiazépines s'avèrent efficaces aussi, mais sont généralement recommandés comme un traitement adjuvant de courte durée en raison des risques de développer une dépendance (Katzman et al., 2014). Malgré que les médicaments reconnus pour le TPA et le TAG présentent une bonne efficacité en général, on observe un haut taux de rechute suite à l'arrêt de cette médication (Katzman et al., 2014; Marchand, Germain, Reinharz, Mainguy et Landry, 2004; Roberge et al., 2005). La TCC, quant à elle, représente l'intervention psychologique qui bénéficie du plus grand soutien empirique dans le traitement de ces deux troubles anxieux et constitue la psychothérapie la plus recommandée dans les guides de pratiques cliniques (Cuijpers et al., 2014; Katzman et al., 2014). Elle s'avère supérieure à la liste d'attente, aux traitements placebos, de même qu'aux interventions psychologiques non-spécifiques (Cuijpers et al., 2014; Katzman et al., 2014). Bien que plusieurs professionnels de la santé optent pour une combinaison de

la TCC et de la pharmacothérapie, particulièrement dans le traitement du TPA, les études empiriques menées à ce jour ne soutiennent cependant pas l'hypothèse selon laquelle la combinaison de ces deux traitements serait plus efficace que chacun de ces traitements administrés séparément, sauf pour les cas avec une symptomatologie sévère (Katzman et al., 2014; Mitte, 2005).

En outre, il est non seulement important de considérer les traitements efficaces pour le TPA et le TAG, mais il devient primordial d'examiner les coûts associés à ceux-ci afin de s'assurer de leur accessibilité. Considérant les ressources limitées du système de santé, il est nécessaire de pouvoir offrir des traitements efficaces et le plus économiques possible aux personnes qui présentent ces troubles.

1.6.2 Évaluations économiques en santé mentale

Dans le but de répondre aux besoins du système de santé et d'augmenter l'accès aux traitements à la fois les plus efficaces et les moins dispendieux pour traiter les troubles mentaux, de plus en plus d'études s'intéressent aux évaluations économiques des thérapies existantes (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart et Torrance, 2015; Konnopka et al., 2009). Ces évaluations économiques peuvent s'effectuer selon différentes procédures. Afin d'effectuer une analyse des coûts reliés aux interventions, les coûts directs doivent être pris en compte, c'est-à-dire les coûts reliés aux séances de thérapie et/ou les coûts de la médication. Les coûts indirects associés à la thérapie doivent aussi être considérés, soit le coût des déplacements, ainsi que le temps consacré au traitement (Hunsley, 2003; Miller et Magruder, 1999).

Afin d'évaluer les effets des interventions, il existe trois principaux types d'évaluations économiques. L'analyse coûts-bénéfices permet de mesurer les effets

d'une intervention en les convertissant en une valeur monétaire (Hunsley, 2003). Dans ce type d'évaluation, les années de vie sauvées par exemple sont traduites en un équivalent monétaire qui exprime la valeur accordée aux années de survie (Drummond et al., 2015). Puisque tous les coûts et les bénéfices sont exprimés en une valeur monétaire, ils peuvent être directement comparés. Dans le deuxième type d'analyse, soit l'analyse coûts-utilité, les effets du traitement sont mesurés sous la forme d'une durée de vie espérée, pondérée pour tenir compte du niveau de préférence qu'elle suscite dans la société, chez les clients ou dans d'autres groupes (Drummond et al., 2015). De façon opérationnelle, ceci implique le nombre d'années de vie durant lesquelles on s'attend à ce que l'individu qui a bénéficié d'un traitement ne présente plus de symptômes cliniques et ne soit plus considéré comme étant dysfonctionnel (Hunsley, 2003).

Enfin, l'analyse coûts-efficacité constitue le type d'évaluation économique le plus courant en santé mentale (Drummond et al., 2015; Miller et Magruder, 1999). Elle permet de comparer des interventions ayant des objectifs similaires, à partir d'unités cliniques comme la fréquence des symptômes d'un trouble, le nombre de journées d'absentéisme, le fonctionnement psychosocial ou la qualité de vie (Drummond et al., 2015). Dans le but de comparer deux options de traitement de façon rigoureuse, le calcul du ratio coûts-efficacité incrémental (RCEI) peut être effectué. Cette méthode met en évidence la différence entre les deux interventions comparées en ce qui a trait aux coûts et à l'efficacité. Le RCEI se calcule en se servant de l'équation suivante :
$$\frac{\text{coût du traitement alternatif} - \text{coût du traitement standard}}{\text{efficacité du traitement alternatif} - \text{efficacité du traitement standard}}$$
 (Drummond et al., 2015). Le score obtenu s'exprime en unités monétaires et représente le coût engendré par unité d'efficacité gagnée. Les résultats peuvent être représentés sur un plan coûts-efficacité en deux dimensions (« *cost-effectiveness plane* ») qui permet d'observer si l'intervention alternative est dominante, soit à la fois plus efficace et moins coûteuse

que l'intervention avec laquelle elle est comparée (Drummond et al., 2015) La différence d'efficacité est représentée sur l'axe horizontal et la différence de coût sur l'axe vertical. Le point central de ce plan représente le comparateur. L'analyse du RCEI est la méthode retenue dans la présente étude. Après avoir présenté les trois principaux types d'évaluations économiques, il est maintenant pertinent d'exposer les traitements du TAG et du TPA qui semblent présenter le meilleur rapport coûts-efficacité.

1.6.3 Évaluations économiques des traitements pour le TPA et le TAG

Les études de coûts-efficacité menées à ce jour semblent indiquer que la TCC et la pharmacothérapie, offertes conjointement ou en monothérapie, présentent un meilleur rapport coûts-efficacité que les traitements usuels (Issakidis, Sanderson, Corry, Andrews et Lapsley, 2004; Katon et al., 2006; Poirier-Bisson et al., 2013). Ces interventions spécialisées s'avèrent donc plus avantageuses que les consultations en lien avec la santé mentale auprès de différents professionnels de la santé, tels que les médecins généralistes par exemple, puisque ces consultations ne se basent pas nécessairement sur les recommandations des guides de pratique clinique.

Les études d'évaluation économique comparant la TCC et les médicaments éprouvés dans le traitement du TP/A et du TAG révèlent que la TCC présente un meilleur rapport coûts-efficacité que la pharmacothérapie, et ce, particulièrement à long terme puisque le coût du traitement cesse immédiatement après la fin de la psychothérapie, alors que les gains thérapeutiques demeurent maintenus dans le temps (Heuzenroeder et al., 2004; McHugh et al., 2007; Otto, Pollack et Maki, 2000; Roberge et al., 2004). Il a également été démontré que pour une efficacité équivalente dans le traitement du TP/A, il s'avère plus avantageux financièrement d'offrir seulement la TCC

comparativement à une combinaison de celle-ci avec la médication (Marchand et al., 2004; McHugh et al., 2007).

Ainsi, les études de coûts-efficacité indiquent que la TCC s'avère une option particulièrement avantageuse au niveau du traitement du TPA ou du TAG. En somme, elle produit des améliorations cliniques supérieures aux traitements usuels en engendrant des coûts inférieurs. Quelques études ont également démontré que cette forme de psychothérapie contribue à diminuer le fardeau économique associé au TPA, en réduisant les coûts directs et indirects associés à ce trouble.

1.6.4 Réduction des coûts de la santé suite à la TCC pour le TPA

Certains auteurs ont non seulement estimé les coûts de la santé pour le TPA, mais ont également conduit des études de traitement afin d'observer les effets d'une TCC sur la réduction des coûts de la santé. Roberge et ses collaborateurs (2005) ont examiné les changements dans les coûts directs reliés à l'utilisation des services de santé à la suite d'une TCC chez 84 personnes avec un TPA. La TCC était administrée soit dans un format individuel (14 séances d'une heure), de groupe (14 séances d'une heure) ou bref (sept séances d'une heure). Les résultats montrent une réduction significative de 23% des coûts directs reliés aux services de santé généraux, ainsi qu'une réduction de 43% des coûts directs reliés aux services de santé mentale, et ce, jusqu'au suivi de 12 mois indépendamment de la modalité de TCC reçue. Ces chercheurs ont aussi observé une réduction significative de 19% des coûts reliés à la prise de médication psychotrope jusqu'au suivi de 12 mois.

Poirier-Bisson et ses collaborateurs (2013) ont conduit une étude de traitement auprès de 69 individus avec un TP qui s'étaient présentés dans les services d'urgence

médicale pour des douleurs thoraciques non cardiaques. Ils ont observé qu'un traitement spécialisé pour le TP (TCC brève de sept sessions d'une heure; une séance psychoéducatrice de deux heures sur la gestion de la panique; ou un traitement pharmacologique de six mois (ISRS : paroxétine, 40mg/jour)) (n = 54) entraînaient une réduction significative des coûts directs et indirects comparativement aux traitements usuels (n = 15). Plus spécifiquement, au suivi de trois mois, 56% des individus ayant reçu l'un des traitements spécialisés n'engendraient plus aucun coût de la santé physique ou mentale, comparativement à 20% des individus ayant reçu les traitements usuels. Les auteurs expliquent ces résultats par une diminution importante des coûts indirects dans la condition d'un traitement spécialisé (67% des individus de cette condition ne rapportaient plus de coûts liés à l'absentéisme au travail au suivi de trois mois).

Bien que très peu d'études ont évalué les effets d'une TCC sur la réduction des coûts de la santé pour le TPA, les deux études suggèrent qu'il est plus avantageux financièrement d'offrir un traitement approprié pour le TP/A que de ne pas traiter ce trouble qui peut avoir des conséquences néfastes tant sur la qualité de vie des individus que sur les coûts liés à l'utilisation des services de santé. À notre connaissance, aucune étude n'a évalué si une TCC pour le TAG pouvait également engendrer une réduction des coûts de la santé. Aucune étude de la sorte n'a également été recensée en ce qui concerne le traitement de la cooccurrence du TPA et du TAG. Sachant qu'il s'agit de deux troubles anxieux fréquemment comorbides et très coûteux, notamment en raison de consultations orientées vers des plaintes somatiques et d'un faible accès aux traitements spécialisés, il serait pertinent d'observer les impacts de la TCC sur les coûts directs et indirects liés à la santé mentale, plus particulièrement pour les individus qui présentent en comorbidité ces deux troubles anxieux. Plusieurs auteurs se sont par ailleurs intéressés à l'effet de la comorbidité sur l'efficacité de la TCC administrée pour un TPA ou un TAG.

1.6.5 Traitement de la comorbidité

1.6.5.1 L'évolution clinique dans le traitement d'un TPA ou d'un TAG comorbide

Selon les résultats de plusieurs études cliniques, il semblerait que le traitement d'un TPA ou d'un TAG primaire engendre une diminution significative de la sévérité des troubles cooccurrents (Allen et al., 2010; Craske et al., 2007; Newman, Przeworski, Fisher et Borkovec, 2010; Tsao, Mystkowski, Zucker et Craske, 2002). Certains chercheurs remarquent que lorsque le TPA et le TAG se présentent en comorbidité, la présence de l'un pourrait particulièrement nuire au rétablissement de l'autre trouble, notamment en limitant les bénéfices thérapeutiques de la TCC (Bruce et al., 2005; Provencher, Ladouceur et Dugas, 2006). Cette observation n'est toutefois pas partagée par tous les auteurs (Allen et al., 2010; Rathgeb-Fuetsch, Kempter, Feil, Pollmächer et Schuld, 2011; Tsao, et al., 2002). Plusieurs auteurs (McEvoy, Nathan et Norton, 2009; McManus, Shafran et Cooper, 2010; Provencher et al., 2006) suggèrent que les troubles qui se présentent généralement en comorbidité et qui partagent certaines vulnérabilités symptomatologiques mériteraient d'être traités de façon simultanée afin d'optimiser les bénéfices du traitement.

1.6.5.2 Vulnérabilités partagées par le TPA et le TAG

Bien que le TAG et le TPA représentent deux troubles anxieux distincts, ils semblent partager certaines vulnérabilités au niveau de leur symptomatologie. Plus particulièrement, le concept d'intolérance semble non-négligeable en ce qui a trait au développement et au maintien de ces deux troubles (Labrecque, Dugas, Marchand et

Letarte, 2006). Dans le cas du TAG, le concept d'intolérance à l'incertitude semble central, c'est-à-dire la tendance à réagir de façon négative à des situations ou des événements incertains, que ce soit au niveau émotionnel, cognitif ou comportemental. Ce concept est actuellement défini comme une caractéristique prédispositionnelle au développement du trouble ; il comprend un ensemble de croyances négatives à propos de l'incertitude et de ses conséquences (Koerner et Dugas, 2008). Il semblerait que les individus qui tolèrent mal l'incertitude cherchent à éviter celle-ci en anticipant des scénarios négatifs. Ainsi, paradoxalement, imaginer des scénarios négatifs (c'est-à-dire, s'inquiéter) serait plus rassurant que de demeurer devant l'incertitude. La relation entre l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes a été établie empiriquement (Ladouceur, Gosselin et Dugas, 2000).

Les personnes aux prises avec un TPA, quant à elles, auraient une plus grande sensibilité à l'anxiété, ce qui se caractérise par une intolérance aux sensations physiques inhabituelles (Labrecque et al., 2006; Starcevic et Berle, 2006). Plus spécifiquement, ces personnes auraient une peur marquée des sensations reliées à l'anxiété, et ce, en raison de la croyance que ces sensations ont des conséquences physiques et psychologiques néfastes. Par exemple, elles auraient tendance à interpréter l'accélération des battements cardiaques comme la possibilité de mourir ou de faire un infarctus.

Qui plus est, un biais d'interprétation négative face aux situations ou sensations ambiguës serait un autre facteur commun des individus avec un TPA et un TAG (Olthuis, Stewart, Watt, Sabourin et Keogh, 2012). Enfin, en ce qui a trait à la gestion de l'inconfort engendré par l'anxiété, les personnes tant avec un TPA qu'avec un TAG, ont recours à des stratégies de contrôle similaires (p. ex. évitement cognitif ou situationnel, comportements sécurisants, recherche de réassurance) (Beesdo-Baum et al., 2012).

Puisque les concepts d'intolérance à l'incertitude (TAG) et aux sensations physiques (TPA) représentent des facteurs de vulnérabilité pour l'émergence et le maintien du TAG et du TPA, et que les TCC pour ces deux troubles incluent des stratégies similaires, telles que la confrontation des croyances irrationnelles à propos de l'anxiété et l'exposition aux stimuli anxiogènes qui sont généralement évités (Katzman et al., 2014; Labrecque et al., 2006), un traitement combiné et adapté à cette comorbidité spécifique pourrait s'avérer une option pertinente.

1.6.5.3 Considérations pour une TCC adaptée à la comorbidité du TPA et du TAG

Labrecque et ses collaborateurs (2006; 2007) ont conduit deux recherches afin de déterminer l'efficacité d'une TCC combinée et adaptée à la comorbidité du TPA et du TAG. Dans la première étude, les chercheurs ont administré ce traitement combiné chez les participants qui avaient un TAG primaire et un TPA secondaire, alors qu'ils ont fait l'inverse dans la deuxième étude. Les deux études à cas unique comportaient un protocole de recherche à niveaux de base multiples. Les résultats obtenus dans ces deux études sont similaires: deux participants sur trois n'avaient plus de diagnostics cliniques ni de TAG ni de TPA jusqu'au suivi de 12 mois après la thérapie, alors que le troisième participant de chaque étude avait toujours un diagnostic clinique, mais pour le trouble secondaire seulement. Ces résultats suggèrent que la TCC combinée et adaptée pour le TPA-TAG (ou le TAG-TPA) est relativement efficace pour traiter ces deux troubles simultanément. Toutefois, en considérant le protocole à cas unique, il devient difficile de généraliser ces résultats. D'autres études avec un échantillon plus grand sont nécessaires afin de confirmer l'efficacité de cette modalité d'intervention. De plus, comme ces deux études ont tenté d'évaluer l'efficacité du nouveau traitement combiné et adapté à l'aide d'un protocole expérimental à cas unique, il

n'est pas possible de déterminer si la TCC combinée s'avère plus efficace que la TCC conventionnelle pour le trouble primaire.

Dans une perspective d'optimisation des services de santé où il est important de pouvoir offrir des traitements efficaces et à moindres coûts, la présente étude vise à pallier aux lacunes mentionnées et à évaluer si la TCC combinée s'avère plus avantageuse au niveau des coûts et de l'efficacité que la TCC conventionnelle pour le TPA ou le TAG seulement. Aussi, en considérant que les coûts de la santé directs et indirects semblent amplifiés par la présence de la comorbidité et qu'aucune étude jusqu'à maintenant n'a évalué les coûts associés à la comorbidité particulière du TPA et du TAG, la présente étude cherchera à estimer ces coûts spécifiques. Plus précisément, les coûts reliés à la santé mentale seulement seront considérés. L'objectif est de circonscrire avec plus de justesse les coûts associés aux consultations ayant pour principal motif la symptomatologie du TPA et du TAG et les coûts indirects qui sont spécifiquement associés à ces deux troubles.

Enfin, il a été mentionné que la TCC semble avoir le potentiel de réduire les coûts de la santé directs et indirects pour le TPA. Aucune étude n'a toutefois documenté si la TCC pouvait réduire les coûts de la santé mentale lorsque le TPA se présente en cooccurrence avec le TAG. En ce sens, la présente étude tentera d'examiner l'impact de la TCC sur la réduction des coûts directs et indirects reliés à la santé mentale associés à la comorbidité du TPA et du TAG. Cela permettra de documenter la pertinence de traitements psychologiques de choix non seulement au niveau de leurs bénéfices thérapeutiques mais aussi de leurs avantages économiques.

1.7 Objectifs de la thèse

Dans un premier temps, l'objectif de la présente recherche doctorale sera d'examiner si la TCC combinée et adaptée à la comorbidité du TPA et du TAG présente un ratio coûts-efficacité plus avantageux que la TCC conventionnelle pour le trouble primaire seulement (TPA ou TAG).

Dans un deuxième temps, cette étude cherchera à estimer, selon une perspective sociétale, les coûts directs et indirects reliés à la santé mentale pour la comorbidité du TPA et du TAG. Un troisième objectif sera d'observer s'il y a une réduction de ces coûts suite à la TCC combinée ou la TCC conventionnelle sur une période d'un an après les traitements. Un dernier objectif sera d'évaluer si l'une de ces deux modalités de traitement mène à une réduction des coûts plus importante que l'autre.

1.8 Contexte du projet de recherche

Cette thèse a été réalisée dans le cadre d'un vaste projet de recherche multicentrique. Cent vingt-trois participants avec un double diagnostic de TPA et de TAG ont été recrutés à partir d'une liste d'attente naturelle de la clinique des troubles anxieux de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD), ainsi que dans les cliniques spécialisées dans le traitement de l'anxiété des départements de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et de l'Université de Sherbrooke (UdeS).

Il s'agit d'un essai clinique qui vise à évaluer la supériorité de la TCC combinée par rapport à la TCC conventionnelle. Le devis de recherche était de type quasi-experimental avec cohortes, avec pré-test et post-tests. Les participants étaient assignés par cohortes à l'une des deux modalités d'intervention, soit : 1) le traitement

conventionnel pour le trouble primaire (où les participants recevaient une TCC pour le TPA ou le TAG dépendamment du trouble qui était jugé primaire lors de l'évaluation initiale); ou 2) le traitement combiné (où les participants recevaient une TCC à la fois pour le TPA et pour le TAG, indépendamment du trouble qui était jugé primaire lors de l'évaluation initiale). Le terme «cohorte» fait référence aux groupes d'individus qui consultent de façon cyclique les cliniques de première, deuxième et troisième ligne, spécialisées dans l'évaluation et le traitement des troubles anxieux. Les devis de recherche utilisant des cohortes présument que les cohortes qui se suivent d'une année à l'autre ou d'une saison à l'autre sont assez semblables (Vallerand et Hess, 2000). Par conséquent, le présent devis de recherche assume qu'une cohorte peut servir de comparaison à l'autre. Les cohortes alternaient à tous les quatre mois. Ainsi, tous les participants recrutés sur une période déterminée de quatre mois (une cohorte) étaient assignés à la même condition de traitement. Un des principaux avantages de ce devis est qu'il ne requiert pas une assignation au hasard, ce qui aurait été ardu à réaliser sur les cinq sites de recrutement (p. ex. nombre de thérapeutes limité par site). Les périodes d'attente alors imposées auraient pu créer des problèmes d'ordre éthique. Dans le cadre de cet essai clinique, le traitement conventionnel sert de condition de contrôle, puisque l'efficacité de la TCC conventionnelle pour le TPA ou pour le TAG a déjà été largement démontrée (Cuijpers et al., 2014; Katzman et al., 2014).

1.9 Contenu de la thèse

La présente thèse se divise en quatre chapitres. Le chapitre I présente le contexte théorique nécessaire à la justification du choix des objectifs de recherche et de la méthodologie retenue dans le programme de recherche. Il définit les notions centrales

étudiées et présente une synthèse des écrits scientifiques portant sur les aspects cliniques et économiques reliés à la comorbidité du TPA et du TAG.

Le chapitre II présente le premier article empirique qui s'intitule « *Analyse coûts-efficacité du traitement du trouble panique avec agoraphobie et du trouble d'anxiété généralisée comorbides.* » Ce premier volet du programme de recherche vise à examiner, à l'aide du ratio coûts-efficacité incrémental (RCEI), s'il est plus avantageux sur les plans clinique et économique de traiter simultanément le TPA et le TAG, comparativement au fait de traiter seulement le trouble qui est primaire.

Le chapitre III comporte le deuxième article empirique qui présente les coûts directs et indirects de la santé mentale associés à la comorbidité du TPA et du TAG et qui examine la réduction de ces coûts suite aux deux modalités de TCC. Cet article s'intitule: « *Reduction in costs after treating comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder.* »

Enfin, le chapitre IV est constitué d'une discussion générale sur le projet de recherche. Il expose d'abord un résumé et une interprétation des principaux résultats obtenus dans les études présentées aux chapitres II et III. Il présente ensuite une réflexion sur les implications cliniques de ces résultats. Il aborde les forces et les limites du projet de recherche et propose des orientations pour les recherches futures.

CHAPITRE II

ANALYSE COÛTS-EFFICACITÉ DU TRAITEMENT DU TROUBLE PANIQUE AVEC AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE COMORBIDES

ARTICLE SOUMIS LE 20 FÉVRIER 2016 POUR PUBLICATION À LA *REVUE
FRANCOPHONE DE CLINIQUE COMPORTEMENTALE ET COGNITIVE*

Analyse coûts-efficacité du traitement du trouble panique avec agoraphobie et du
trouble d'anxiété généralisée comorbides

Cost-effectiveness analysis in the treatment of comorbid panic disorder with
agoraphobia and generalized anxiety disorder

Vedrana Ikić^a, Claude Bélanger^a, Michel J. Dugas^b, Stéphane Bouchard^b, Patrick
Gosselin^c, Frédéric Langlois^d, Joane Labrecque^e, André Marchand^a

^aDépartement de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC,
Canada.

^bDépartement de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en
Outaouais, Gatineau, QC, Canada.

^cDépartement de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada.

^dDépartement de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières,
QC, Canada.

^eClinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal,
QC, Canada.

Résumé

La présente étude examine le ratio coûts-efficacité incrémental (RCEI) d'une thérapie cognitive et comportementale (TCC) combinée et adaptée à la comorbidité du trouble panique avec agoraphobie (TPA) et du trouble d'anxiété généralisée (TAG), comparativement à la TCC conventionnelle pour le trouble primaire (TPA ou TAG) seulement. Cent vingt-trois participants avec un double diagnostic de TPA et de TAG sont assignés par cohortes aux deux modalités d'intervention; 87 participants complètent la thérapie. Les évaluations s'échelonnent sur une période de 12 mois suivant le traitement. Les mesures principales incluent les coûts directs et indirects reliés aux traitements ainsi qu'un index de fonctionnement global qui représente la mesure d'efficacité des interventions. Les résultats révèlent un RCEI associé à de très grands intervalles de confiance, et ce, à tous les temps de mesure, ce qui indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les modalités d'intervention. Ainsi, un traitement combiné semble similaire au niveau des coûts et de l'efficacité au traitement conventionnel pour le trouble primaire.

Mots clés: coûts-efficacité, trouble panique avec agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, comorbidité, thérapie cognitive et comportementale

Abstract

The present study examines the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) of a combined and adapted cognitive behavioral therapy (CBT) for comorbid panic disorder with agoraphobia (PDA) and generalized anxiety disorder (GAD) compared with the conventional CBT for the primary disorder (PDA or GAD) only. One hundred and twenty-three participants with a double diagnosis of PDA and GAD are assigned to cohorts represented by each treatment modality; 87 participants complete therapy. They are assessed over a period of 12 months following the treatment. The main measures include direct and indirect costs of treatment as well as a global functioning index, which represents the efficiency measure of the interventions. The results reveal an ICER associated with wide confidence intervals at all assessment periods, which indicate that there is no significant difference between the two treatment modalities. Therefore, a combined CBT seems similar to the conventional CBT for the primary disorder in terms of costs and efficiency.

Keywords: cost-effectiveness, panic disorder with agoraphobia, generalized anxiety disorder, comorbidity, cognitive behavioral therapy

Le trouble panique avec agoraphobie (TPA)³ et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) sont deux troubles anxieux possédant une prévalence à vie estimée à 3,5% et 7% respectivement, dans la population générale (American Psychiatric Association (APA), 2013, Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005). Ils engendrent une grande détresse psychologique, d'importantes limitations au niveau du fonctionnement professionnel et social, ainsi qu'un fardeau économique considérable (Konnopka, Leichenring, Leibing, & König, 2009 ; Olatunji, Cisler, & Tolin, 2007). Les individus aux prises avec un TPA ou un TAG tendent à utiliser abondamment les services de différents professionnels de la santé (Deacon, Lickel, & Abramowitz, 2008). Malgré cela, une minorité d'entre eux sont correctement diagnostiqués et reçoivent les traitements recommandés par les guides de pratiques cliniques (Weisberg, Beard, Moitra, Dyck, & Keller, 2014). Sachant qu'une rémission spontanée du TPA et du TAG s'avère peu fréquente (Bruce et al., 2005), il demeure nécessaire de pouvoir offrir des traitements spécialisés et adaptés aux personnes qui présentent ces troubles afin qu'elles puissent retrouver un fonctionnement satisfaisant et dans le but de diminuer le fardeau économique et psychosocial qui leur est associé.

Considérant les ressources limitées du système de santé, de plus en plus d'études s'intéressent aux évaluations économiques des thérapies existantes.

³ La présente étude a été réalisée selon les critères diagnostiques de la 4^e version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Texte révisé (*DSM-IV-TR*; APA, 2000). Depuis l'apparition du DSM-5 (APA, 2013), le diagnostic d'agoraphobie comporte certains critères supplémentaires et doit toujours être diagnostiqué séparément du trouble panique.

L'objectif de celles-ci vise à augmenter l'accès aux traitements à la fois les plus efficaces et les moins dispendieux (Konopka et al., 2009). La thérapie cognitive et comportementale (TCC) représente l'intervention psychologique qui bénéficie du plus grand soutien empirique dans le traitement du TPA et du TAG (Katzman et al., 2014). Les études d'évaluation économique menées à ce jour indiquent que la TCC pour le TP/A⁴ ou le TAG présente un meilleur rapport coûts-efficacité que les traitements usuels, c'est-à-dire les consultations courantes en lien avec la santé mentale auprès de différents professionnels de la santé, comme les médecins généralistes (Issakidis, Sanderson, Corry, Andrews, & Lapsley, 2004; Poirier-Bisson et al., 2013). Dans une perspective d'analyse à long terme, elle serait également supérieure à la pharmacothérapie, puisque le coût du traitement cesse immédiatement après la fin de la psychothérapie et que les gains thérapeutiques se maintiennent dans le temps (Heuzenroeder et al., 2004; McHugh et al., 2007).

À notre connaissance, aucune étude d'évaluation économique n'a porté sur le traitement d'un TPA ou d'un TAG lorsque ceux-ci se présentent simultanément. Pourtant, dans environ un tiers des cas, ces deux troubles anxieux se retrouvent en cooccurrence l'un avec l'autre (Craske et al., 2007; Grant et al., 2005). D'ailleurs, lorsqu'ils sont comorbides, ils sont associés à une augmentation du

⁴ TP/A fait référence au trouble panique avec ou sans agoraphobie, dépendamment des populations ciblées dans les études mentionnées.

dysfonctionnement et à un fardeau économique encore plus important (Lépine, 2002; Marciniak et al., 2005).

Plusieurs auteurs se sont intéressés à l'effet de la comorbidité sur l'efficacité de la TCC administrée pour ces troubles. En somme, il semblerait que le traitement d'un TP/A ou d'un TAG primaire conduit à une réduction significative de la symptomatologie des troubles secondaires (Allen et al., 2010; Borkovec, Abel, & Newman, 1995; Craske et al., 2007; Provencher, Ladouceur, & Dugas, 2006; Tsao, Mystkowski, Zucker, & Craske, 2002). Certains chercheurs remarquent que lorsque le TPA et le TAG se présentent en cooccurrence, la présence de l'un pourrait particulièrement nuire au rétablissement de l'autre trouble, notamment en limitant les gains thérapeutiques de la TCC (Bruce et al., 2005; Provencher et al., 2006; Steketee et al., 2001). Cette observation n'est toutefois pas partagée par tous les auteurs (Allen et al., 2010; Tsao, et al., 2002).

Provencher et coll. (2006) suggèrent que les troubles qui se présentent généralement en comorbidité et qui partagent certaines vulnérabilités mériteraient d'être traités de façon simultanée afin d'optimiser les bénéfices du traitement. Le TAG et le TPA partagent un concept commun d'intolérance en ce qui a trait à leur développement et à leur maintien (Labrecque, Dugas, Marchand & Letarte, 2006). Dans le cas du TAG, l'intolérance à l'incertitude serait un facteur causal des inquiétudes excessives (Dugas & Robichaud, 2007). Il s'agit de réactions cognitives, comportementales ou émotionnelles négatives face à des situations ou des

événements incertains (Dugas & Koerner, 2005). Les personnes aux prises avec un TPA auraient, quant à elles, une plus grande sensibilité à l'anxiété qui se caractérise par une intolérance aux sensations physiques inhabituelles en raison d'une crainte de leurs conséquences (Labrecque et al., 2006; Starcevic & Berle, 2006). Un biais d'interprétation négative face aux situations ou sensations ambiguës se retrouverait également chez les individus aux prises avec l'un ou l'autre de ces deux troubles anxieux (Olthuis, Stewart, Watt, Sabourin, & Keogh, 2012).

En raison de ces vulnérabilités partagées et du fait que les TCC pour le TPA et le TAG incluent des stratégies d'intervention qui partagent les mêmes principes, comme la confrontation des croyances erronées à propos de l'anxiété et l'exposition aux stimuli anxiogènes qui sont généralement évités (Katzman et al., 2014), un traitement combiné et adapté à cette comorbidité spécifique a été élaboré (Labrecque et al., 2006). Ce traitement a été évalué dans deux études comportant un protocole de recherche à cas unique expérimental avec niveaux de base multiples (Labrecque et al., 2006; Labrecque, Marchand, Dugas, & Letarte, 2007). Ces investigations suggèrent qu'une TCC combinée pour la comorbidité TPA-TAG (ou TAG-TPA) engendre des effets bénéfiques tant au niveau des gains thérapeutiques à long terme pour le trouble primaire que sur la diminution de la symptomatologie du trouble secondaire. Toutefois, certaines lacunes méthodologiques (p. ex., devis de recherche, petit échantillon) limitent la portée des résultats. De plus, l'étude ne permet pas d'observer s'il est plus avantageux sur le plan clinique et économique de traiter

simultanément le TPA et le TAG, comparativement au fait de traiter seulement le trouble qui est primaire. La présente étude vise à pallier à ces lacunes et à effectuer une analyse coûts-efficacité de deux modalités d'intervention auprès d'individus présentant ce double diagnostic.

Objectif

Examiner si la TCC combinée et adaptée à la comorbidité du TPA et du TAG présente un ratio coûts-efficacité plus avantageux que la TCC conventionnelle pour le trouble primaire seulement (TPA ou TAG).

Hypothèse

La TCC combinée et adaptée à la comorbidité TPA-TAG (ou TAG-TPA) présentera un meilleur ratio coûts-efficacité que la TCC conventionnelle pour le trouble primaire.

Méthodologie

Participants

Cent vingt-trois participants avec un diagnostic primaire de TPA et secondaire de TAG, ou un diagnostic primaire de TAG et secondaire de TPA, ont pris part à cette recherche. Les participants ont été recrutés entre décembre 2008 et juillet 2012 à partir d'une liste d'attente naturelle de la clinique des troubles anxieux de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas (IUSMD) ainsi que dans les cliniques spécialisées dans le traitement de l'anxiété des départements de psychologie de l'Université du Québec à Montréal (UQÀM), de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) et de l'Université de

Sherbrooke (UdeS). Le projet de recherche a été approuvé et autorisé par le comité d'éthique de chaque site de recrutement.

Pour être admissibles à cette étude, les participants devaient (a) être âgés de 18 à 65 ans; (b) satisfaire les critères diagnostiques pour le TAG et le TPA (un score de quatre ou plus sur l'échelle de sévérité de l'*Entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV (ESTA-IV; Marchand & Boivin, 1997)*). S'ils présentaient d'autres troubles mentaux, la sévérité de ceux-ci devait s'avérer moindre que celle du trouble secondaire (TPA ou TAG).

Les participants étaient exclus de l'étude s'ils : (a) avaient une condition médicale non contrôlée; (b) répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble lié à la consommation; (c) présentaient des épisodes psychotiques (actuels ou passés), un trouble bipolaire ou un trouble mental d'origine organique; (d) avaient un trouble de la personnalité limite ou un trouble de la personnalité du groupe A (paranoïde, schizoïde ou schizotypique); (e) avaient suivi une TCC pour le TPA ou le TAG au cours des six derniers mois. Par ailleurs, les participants devaient consentir à : (a) ne pas commencer une médication de type psychotrope pendant l'étude, ni modifier la posologie de leur médication déjà existante, si possible, et (b) ne pas prendre part à une autre psychothérapie ou à un groupe d'entraide.

Instruments de mesure

L'*ESTA-IV* (Marchand & Boivin, 1997), version française du *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994)*, permet d'évaluer la présence de troubles anxieux, de troubles de l'humeur, de

troubles reliés à la consommation, de psychose non organique ainsi que de troubles somatoformes. Elle permet également d'établir une analyse fonctionnelle des difficultés du participant et de donner une cote de sévérité sur une échelle de zéro à huit qui sert à déterminer l'intensité des diagnostics présents. Elle possède une bonne fidélité inter-juges avec des coefficients kappa s'étendant de .67 à .86 pour différents troubles anxieux (Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001).

Mesures du TPA : L'Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie (IMA; Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1997), version française du *Mobility Inventory for Agoraphobia (MIA;* Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, & Williams, 1985), possède une sous-échelle qui sert à évaluer les comportements d'évitement dans 25 situations lorsque le participant y est seul (IMA-S). Dans notre échantillon, la cohérence interne pour cette sous-échelle est de .92, alors que sa stabilité temporelle est de .80 pour une période de trois mois (mesurée au suivi de trois et de six mois). Le *Questionnaire sur les sensations physiques (QSP;* Stephenson, Marchand, & Lavallée, 1998), version française du *Body Sensations Questionnaire (BSQ;* Chambless, Caputo, Bright, & Gallagher, 1984), comprend 17 items qui servent à mesurer le degré de peur généralement associé aux sensations physiques ressenties lors d'une attaque de panique. Il démontre une cohérence interne de .85 dans notre échantillon et une fidélité test-retest de .76, toujours sur une période de trois mois.

Mesures du TAG : Le Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State (QIPS; Gosselin, Dugas, Ladouceur, & Freeston, 2001), version française du *Penn State Worry Questionnaire (PSWQ;* Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990), est

composé de 16 items mesurant la tendance générale à s'inquiéter à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points. Dans le présent échantillon, sa fidélité test-retest s'établit à .57 et sa cohérence interne à .79. L'*Inventaire d'intolérance à l'incertitude (III)* ; Gosselin et al., 2008) comporte 45 items visant à évaluer les réactions émotionnelles, cognitives et comportementales d'une personne face à l'incertitude. Cet instrument démontre une excellente cohérence interne dans notre échantillon (.97) et sa stabilité temporelle s'établit à .76 pour une période de trois mois.

Procédure

Suite à une entrevue de présélection téléphonique, les participants potentiels à l'étude ont été rencontrés en personne dans le site de recrutement de leur région. Ils ont été évalués à l'aide de l'*ESTA-IV* par une assistante de recherche de niveau doctoral en psychologie, formée pour ce type d'entrevue clinique. L'évaluation durait approximativement 90 minutes et était enregistrée sur bande audio. Si les participants satisfaisaient les critères d'inclusion de l'étude à cette étape, ils devaient remplir à domicile les questionnaires portant sur leur symptomatologie. Ils étaient par la suite convoqués à une deuxième rencontre en personne une semaine plus tard. Lors de cette rencontre d'une durée de 30 à 60 minutes, la même assistante de recherche effectuait l'administration de l'*Entrevue Clinique Structurée du DSM-IV pour les Troubles de la Personnalité (SCID-II)*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) dans le but de s'assurer qu'ils ne rencontraient pas les critères d'exclusion au niveau de l'Axe II. Les participants exclus de l'étude ont été référés à d'autres ressources en santé mentale pertinentes à leurs difficultés. Les participants retenus pour le projet de

recherche signaient un formulaire de consentement pour le traitement. Ils étaient assignés par cohortes à l'une des deux modalités d'intervention, soit : 1) le traitement conventionnel pour le trouble primaire (où les participants recevaient une TCC pour le TPA ou le TAG dépendamment du trouble qui était jugé primaire lors de l'évaluation initiale); ou 2) le traitement combiné (où les participants recevaient une TCC à la fois pour le TPA et pour le TAG, indépendamment du trouble qui était jugé primaire lors de l'évaluation initiale). Les cohortes alternaient à tous les quatre mois. Ainsi, tous les participants recrutés sur une période déterminée de quatre mois (une cohorte) étaient assignés à la même condition de traitement. Afin de contrôler le biais associé aux attentes face à la thérapie, les participants n'étaient pas informés de l'existence de l'autre modalité d'intervention. Deux semaines après la fin du traitement (T1), ainsi qu'à des suivis de trois (T2), six (T3) et 12 mois (T4), les participants étaient de nouveau évalués à l'aide des mêmes instruments de mesure. Il s'agit donc d'un devis de recherche quasi-expérimental avec cohortes, avec pré-test et post-tests.

Pour assurer un contrôle de la qualité des évaluations, les assistantes de recherche étaient régulièrement supervisées par les psychologues chercheurs de l'étude et devaient suivre les procédures décrites dans un manuel d'évaluation. Une procédure d'accord inter-juges a été réalisée sur la présence versus absence de diagnostics cliniques de TPA et de TAG au pré-test. Un évaluateur indépendant de niveau doctoral en psychologie a effectué l'écoute de 25% des entrevues semi-

structurées, sélectionnées de manière aléatoire. Le pourcentage d'accord entre l'évaluateur initial et l'évaluateur indépendant est de 95,5%.

Les modalités d'intervention

Au total, 23 thérapeutes formés dans l'approche TCC pour les troubles anxieux ont été impliqués dans l'administration des traitements. Il s'agissait de psychologues nouvellement diplômés ou de doctorants en psychologie possédant au moins 300 heures d'expérience clinique. Ils bénéficiaient au besoin de supervisions par les chercheurs responsables. Toutes les modalités de traitement comprenaient 14 séances individuelles, à raison d'une rencontre d'une heure par semaine. Les séances consacrées aux exercices d'exposition pouvaient s'étendre jusqu'à 90 minutes au besoin. Afin de standardiser les interventions effectuées, les thérapeutes devaient suivre les procédures détaillées décrites dans un protocole de traitement élaboré pour chacune des deux modalités d'intervention. Dans le cas du traitement conventionnel du trouble primaire, les thérapeutes avaient la consigne de ne pas effectuer d'intervention en lien avec le trouble secondaire. Toutes les séances de thérapie ont été enregistrées en audio. Une sélection aléatoire de 25% des séances chez 25% des participants déterminés aussi au hasard a été écoutée par une doctorante en psychologie familiale avec le traitement. Cette dernière a évalué le respect de l'application des protocoles de traitement par les thérapeutes, à l'aide d'une grille d'intégrité thérapeutique. Celle-ci s'est avérée respectée à 99,5%.

Le traitement conventionnel pour le TPA incluait les stratégies thérapeutiques décrites dans le guide d'auto-traitement « La peur d'avoir peur »

(Marchand & Letarte, 2004). Il s'agit de stratégies suivantes : psychoéducation sur développement et le maintien du TPA ; démystification des symptômes de la panique et leur gestion ; exposition aux stimuli intéroceptifs ; exposition aux situations problématiques *in vivo* ; maintien des acquis et prévention de la rechute. **Le traitement conventionnel pour le TAG**, quant à lui, suivait les étapes de la TCC présentées dans le livre de Dugas & Robichaud (2007) : psychoéducation sur les inquiétudes, le développement et le maintien du TAG ; remise en question de l'utilité à s'inquiéter ; mise en place d'actions visant à augmenter la tolérance à l'incertitude ; résolution de problèmes ; exposition cognitive ; maintien des acquis et prévention de la rechute. **Le traitement combiné** incluait une intégration adaptée des stratégies de TCC pour le TPA et le TAG tirées des sources citées ci-haut, et présentées dans cet ordre: 1) la psychoéducation sur l'anxiété, la panique, les inquiétudes et les facteurs étiologiques du TPA et du TAG; 2) la restructuration cognitive des croyances erronées (démystification des symptômes de la panique dans le TPA et remise en question de l'utilité à s'inquiéter dans le TAG); 3) la mise en place d'actions visant à augmenter la tolérance à l'incertitude (TAG); 4) l'exposition aux stimuli intéroceptifs (TPA); 5) la résolution de problèmes (TAG); 6) l'exposition cognitive (TAG); 7) l'exposition *in vivo* aux situations évitées (TPA); 8) le maintien des acquis et la prévention de la rechute. Les participants de chacune des deux modalités d'intervention recevaient un manuel du participant adapté au(x) trouble(s) traité(s).

Évaluation des coûts reliés à la psychothérapie

Afin d'effectuer une analyse des coûts reliés aux interventions, les coûts directs et indirects doivent être comptabilisés (Hunsley, 2003). Les coûts ont été calculés selon la perspective de l'individu et ont été rapportés en dollars canadiens (\$CAD). Ils ont été basés sur les tarifs en vigueur en 2011, étant donné que cette année représente la médiane de la période de recrutement. Les coûts directs comprenaient la rémunération du thérapeute, basée sur le tarif horaire moyen (85\$) des psychologues en pratique privée selon l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ). Les coûts indirects incluaient les frais de transport aller-retour pour assister aux séances, le temps consacré au déplacement, ainsi que le temps passé en thérapie pendant lequel les participants ne pouvaient vaquer à leurs occupations habituelles. Les frais de transport étaient estimés à 5,50\$ pour les participants utilisant le transport en commun, basé sur les tarifs de la Société de transport de Montréal. Pour ceux en voiture, le temps moyen de déplacement était de 45 minutes aller-retour, ce qui a été estimé à 30 kilomètres. Le tarif par kilomètre était de 0,40\$ (basé sur les normes tarifaires de l'UQAM), ce qui représentait un total de 12\$ par séance pour le déplacement en voiture. Aucun coût de transport n'était comptabilisé pour les participants qui se présentaient aux séances à pied. Les coûts reliés à la perte de revenu occasionnée par le temps de déplacement et celui passé en thérapie ont été calculés en fonction du salaire horaire minimum (9,65\$).

L'analyse des données

Étape 1 : Des analyses préliminaires (test t pour échantillons indépendants ou chi carré, selon la nature des variables) ont été effectuées afin de vérifier si la répartition des participants dans les deux conditions a permis d'obtenir des données équivalentes au pré-test en ce qui concerne les données sociodémographiques et la sévérité des symptômes. Ces analyses ont également été effectuées entre les participants ayant complété la thérapie et ceux qui l'ont abandonnée en cours de traitement et aucune différence n'est observée entre ces deux groupes. Les analyses subséquentes ont conséquemment été conduites seulement sur les données des participants qui ont complété la thérapie. Une procédure d'interpolation intra-sujet (Roth, 1994) a été effectuée pour remplacer les données manquantes à un temps de mesure si les données du temps de mesure suivant étaient disponibles.

Étape 2 : L'efficacité des traitements a été évaluée à l'aide d'un Index de fonctionnement global (IFG) calculé pour chaque participant des deux modalités d'intervention. Cette évaluation était faite au post-test et aux suivis. La valeur de l'IFG était obtenue à partir d'un score composite basé sur les mesures cliniques suivantes : diagnostic de TPA et diagnostic de TAG (selon le score obtenu à l'*ESTA-IV*), l'*IMA-S*, le *QSP*, le *QIPS* et l'*III*. Un indice « C » a d'abord été calculé pour chacune de ces mesures cliniques. Cet indice représente le score-seuil que doit obtenir un participant afin de juger si l'intervention a produit des changements cliniquement significatifs, c'est-à-dire qu'il a obtenu un score comparable à celui d'une population non clinique (Jacobson & Truax, 1992). Pour recevoir 1 point et être considéré

comme à un niveau fonctionnel sur l'une des mesures cliniques, le participant devait avoir eu un résultat inférieur ou égal à la valeur de l'indice « C. » Autrement, il ne recevait aucun point puisqu'il était considéré comme étant à un niveau dysfonctionnel. L'IFG peut donc prendre une valeur entre 0 et 6. Pour être jugé avec un « niveau de fonctionnement élevé », le score du participant doit se situer entre 5 et 6, avec un « niveau de fonctionnement modéré » entre 3 et 4, un « niveau de fonctionnement léger » entre 1 et 2 et « dysfonctionnel » à 0.

Étape 3 : Afin d'évaluer les coûts directs et indirects associés aux traitements, des statistiques descriptives ont d'abord été effectuées. Les données d'un participant de la condition « traitement combiné » n'ont pas été considérées étant donné qu'il s'agissait d'une donnée aberrante (déplacements en taxi). Un test t a ensuite permis d'examiner si les deux groupes de traitement diffèrent significativement au niveau des coûts totaux associés à la modalité de thérapie offerte. Les analyses ont été effectuées pour un seul temps de mesure, soit au post-test, puisqu'aucun coût additionnel n'a été ajouté après la fin de la thérapie.

Étape 4 : Dans le but d'examiner si le traitement combiné est supérieur au traitement conventionnel pour le trouble primaire, le calcul du ratio coûts-efficacité incrémental (RCEI) a été effectué. Cette méthode met en évidence la différence entre les deux modalités d'intervention en ce qui a trait aux coûts (\$) et à l'efficacité (IFG). Le RCEI se calcule en se servant de l'équation suivante : $(\text{coût du traitement combiné} - \text{coût du traitement conventionnel}) / (\text{efficacité traitement combiné} - \text{efficacité traitement conventionnel})$ (Drummond, Sculpher, Claxton, Stoddart, & Torrance,

2015). Le score obtenu représente le coût engendré pour chaque point d'amélioration sur l'IFG. Les résultats peuvent être représentés sur un plan coûts-efficacité en deux dimensions (« *cost-effectiveness plane* ») qui permet d'observer si l'intervention expérimentale est dominante, soit à la fois plus efficace et moins coûteuse que l'intervention avec laquelle elle est comparée (quadrant IV) (O'Brien & Briggs, 2002). Le point central de ce plan représente le comparateur, soit le traitement conventionnel pour le trouble primaire.

Résultats

Caractéristiques des participants

Parmi les 123 participants ayant pris part au projet de recherche, un total de 87 (71%) participants ont complété la thérapie, alors que 36 (29%) ont abandonné en cours de traitement (raison inconnue (17), manque de temps (16), thérapie trop exigeante (3)). Le nombre de participants ayant abandonné le traitement combiné était de 12 (22%). Le traitement conventionnel a été abandonné par 24 (35%) participants. Il ne s'agit pas d'une différence significative entre les groupes ($\chi^2(1, N = 123) = 2.31, p = .13$). Parmi les participants qui ont suivi tout le traitement, 42 (48%) ont reçu le traitement combiné et 45 (52%) ont bénéficié du traitement conventionnel. Dans cette dernière condition, 21 participants ont reçu le traitement pour le TPA primaire et 24 ont reçu le traitement pour le TAG primaire.

La répartition des participants par cohortes a produit des conditions équivalentes au niveau des données sociodémographiques, de l'intensité des diagnostics de TPA et de TAG selon l'*ESTA-IV* et des mesures de symptomatologie

sur les instruments auto-rapportés (*IMA-S*, *QSP*, *QIPS* et *III*). Ces résultats sont présentés dans le Tableau 1.

Insérer Tableau 1

Efficacité clinique des deux modalités d'intervention

L'IFG a été calculé au post-test (T1) pour l'ensemble des participants ayant complété la thérapie (n=87). La moyenne de l'IFG obtenu dans la condition de traitement combiné était de 4,45 (ÉT= 1,69). Elle était de 4,13 (ÉT= 1,80) pour la condition de traitement conventionnel. Ces scores représentent l'atteinte d'un niveau de fonctionnement modéré, tout près d'un niveau élevé. La Figure 1 illustre l'IFG moyen à tous les temps de mesure pour les deux modalités d'intervention. La réduction de la symptomatologie se maintient dans le temps dans les deux conditions.

Insérer Figure 1

Lors des analyses subséquentes entre les modalités d'intervention, en raison de l'anormalité des distributions des données de l'IFG et d'un effet plafond, les scores ont été dichotomisés en deux catégories, soit « niveau élevé de fonctionnement atteint » (scores 5 et 6) et « niveau élevé de fonctionnement non atteint » (scores de 0 à 4). À chacun des temps de mesure, la majorité des participants avaient atteint un niveau de fonctionnement élevé, tel que présenté dans le Tableau 2. Au T1, 62% des

participants du groupe de traitement combiné avaient atteint un niveau de fonctionnement élevé, comparativement à 51% des participants dans le groupe de traitement conventionnel. Des analyses de chi carré ont toutefois démontré qu'il ne s'agit pas d'une différence significative entre ces deux conditions ($\chi^2 (1, N = 87) = 1.03, p = .31, \phi = -.11$). Aucune différence entre les conditions n'est également observée aux autres temps de mesure en ce qui a trait à l'atteinte d'un niveau de fonctionnement élevé : T2 ($\chi^2 (1, N = 81) = .73, p = .39, \phi = -.10$) ; T3 ($\chi^2 (1, N = 77) = .42, p = .52, \phi = -.07$) ; et T4 ($\chi^2 (1, N = 70) = .58, p = .45, \phi = -.09$). De plus, le test Q de Cochran permet d'observer que lorsque les deux conditions de traitement sont confondues, il n'y a aucune différence significative dans les scores dichotomisés de l'IFG entre les différents temps de mesure (T1 à T4) ($\chi^2 (3, N = 70) = 3.28, p = .35$).

Insérer Tableau 2

Coûts associés aux traitements et ratio coûts-efficacité incrémental

Les participants de la condition du traitement combiné ont reçu en moyenne 14,18 (ÉT = 1,06) heures de thérapie, tout comme les participants de la condition du traitement conventionnel qui en ont reçu 14,36 (ÉT = 0,70). Les coûts directs et indirects associés aux deux modalités d'intervention sont présentés dans le Tableau 3. Le total des coûts pour la condition ayant reçu la modalité combinée se chiffre à 1

579,74\$ (ÉT = 107,96) et à 1 597,74\$ (ÉT = 82,89) pour la modalité conventionnelle. Ce résultat indique une différence de 18,00\$ en moyenne entre les deux conditions, avec un léger avantage pour le traitement combiné. Cet écart est cependant minime et n'a pas révélé de différence significative entre les deux modalités, $t(84) = -.87$, $p = .39$. Le Tableau 3 présente également le RCEI pour chaque temps de mesure. Au T1, le RCEI obtenu se chiffre à -56,25\$, ce qui signifie que le traitement conventionnel coûte 56,25\$ de plus que le traitement combiné pour chaque point d'amélioration sur l'IFG. Ce résultat suggère que le traitement combiné serait plus efficace et moins coûteux que le traitement conventionnel. Toutefois, afin de réduire l'incertitude reliée à l'obtention aléatoire des données de l'échantillon, une procédure *Bootstrap* a été effectuée. Cette procédure permet de bonifier les inférences statistiques en présentant des intervalles de confiance (IC) de 95% à partir d'un processus de ré-échantillonnage simulé à 1000 reprises (O'Brien & Briggs, 2002). Les IC ainsi obtenus au T1 s'étalent de -570,18\$ à 599,50\$, ce qui représente une très grande disparité entre les données et ne permet pas de conclure que la modalité combinée est supérieure à la modalité conventionnelle. Ces intervalles élevés au niveau des ratios semblent donc attribuables aux différences minimales au niveau des coûts et de l'efficacité entre les deux modalités de traitements. La Figure 2 illustre le plan coûts-efficacité en deux dimensions avec les 1000 RCEI engendrés par le *Bootstrap* au T1. Bien qu'une certaine tendance à avantager le traitement combiné est perceptible (65% des données se retrouvent dans le quadrant IV), la différence monétaire et clinique entre les modalités d'intervention demeure très petite.

Insérer Tableau 3

Insérer Figure 2

Le RCEI calculé au T2 indique que le traitement conventionnel coûte 62,07\$ de plus que le traitement combiné pour chaque point d'amélioration sur l'IFG, avec des intervalles de confiance s'étendant entre -948,45\$ et 512,77\$. Au T3, le coût par point d'amélioration sur l'IFG est encore une fois supérieur de 69,23\$ [IC -706,96 ; 751,67] pour le traitement conventionnel, et il l'est de 300\$ [IC -904,86 ; 729,93] au T4. Ceci étant dit, les grands intervalles de confiance obtenus impliquent ici encore que les deux modalités d'intervention semblent équivalentes au niveau de leurs coûts et de leur efficacité, et ce, à tous les temps de mesure.

Discussion

Cette étude vise à évaluer si un traitement combiné et adapté à la comorbidité du TPA et du TAG s'avère plus bénéfique sur le plan clinique et financier qu'un traitement conventionnel centré sur le trouble primaire seulement (TPA ou TAG), c'est-à-dire qu'il présente un meilleur ratio coûts-efficacité pour une même durée d'intervention. Bien que les RCEI obtenus aux différents temps de mesure semblent légèrement avantager le traitement combiné, les grands intervalles de confiance associés illustrent une similarité entre les modalités d'intervention. L'hypothèse de

recherche n'est pas confirmée puisque la TCC combinée ne semble pas significativement supérieure au traitement conventionnel du trouble primaire lorsque l'on considère l'étendue de la distribution des RCEI. D'ailleurs, même si les résultats s'étaient avérés statistiquement significatifs en avantageant la TCC combinée et en produisant des intervalles de confiance beaucoup plus petits, une différence monétaire de 56,25\$ par point d'amélioration sur l'IFG demeure négligeable sur le plan financier, considérant que cette somme ne couvre même pas le tarif d'une séance additionnelle de psychothérapie dans le secteur privé au Québec (85\$; OPQ, 2011). Il semble donc que le fait de traiter simultanément le TPA et le TAG mène à des résultats cliniques et des coûts similaires au fait de ne traiter seulement que le trouble qui est primaire (TPA ou TAG).

Qui plus est, les participants des deux modalités d'intervention s'améliorent statistiquement et cliniquement, et ce de façon significative, sur différentes mesures de symptomatologie en atteignant des scores semblables à ceux d'une population non clinique. Plus de la moitié d'entre eux présentent un niveau de fonctionnement élevé à la fin du traitement, de même qu'aux suivis de trois, six et 12 mois.

La similarité entre les effets des traitements pourrait être expliquée par une généralisation des acquis thérapeutiques au trouble secondaire même lorsque le traitement de ce trouble n'est pas abordé (Borkovec et al., 1995). Par exemple, les participants pourraient utiliser certaines stratégies de gestion des inquiétudes que l'on retrouve dans le traitement du TAG (p. ex. restructuration cognitive, stratégies

d'exposition à l'incertitude) pour les aider à résoudre certaines difficultés liées au TPA. Inversement, les stratégies de gestion de la panique et de l'agoraphobie (p. ex. exposition aux sensations craintes et situations évitées, restructuration cognitive) peuvent favoriser la gestion de certaines difficultés liées au TAG. Qui plus est, il est probable que les stratégies favorisant une augmentation de la tolérance (à l'incertitude ou aux sensations physiques) produisent des effets bénéfiques sur les processus émotionnels, cognitifs et comportementaux plus généraux chez les participants. Aussi, il demeure possible qu'une diminution de l'anxiété liée à un trouble atténue les manifestations anxieuses de l'autre trouble anxieux également (Borkovec et al., 1995), particulièrement lorsque certaines vulnérabilités symptomatologiques sont partagées comme c'est le cas dans le TPA et le TAG (Provencher et al., 2006).

À la lumière de ces possibilités, il ne serait donc pas essentiel de combiner des stratégies thérapeutiques possédant un rationnel semblable et engendrant des effets similaires, et ce, même si elles ont été établies pour traiter des troubles distincts de prime abord. Dans leur étude sur le traitement du TPA, Craske et coll. (2007) ajoutent qu'il semble plus bénéfique de focaliser une TCC sur ce trouble que d'ajouter des séances supplémentaires visant à traiter le trouble concomitant le plus important. Toutefois, il est important de noter que les participants de la présente étude présentaient en moyenne une intensité du diagnostic initial de TPA et de TAG de 5,75 (ÉT : 1,08) et de 5,71 (ÉT : 1,01) respectivement selon l'*ESTA-IV* au pré-test. Ce score est associé à un niveau de dysfonctionnement initial modéré sur l'échelle de

sévérité de cette entrevue diagnostique. Il est possible que, dans un échantillon composé d'individus avec un niveau sévère de dysfonctionnement, la thérapie conventionnelle aurait eu des effets plus limités sur la symptomatologie du trouble secondaire. Dans ce cas, il aurait fallu ajouter des séances pour traiter le trouble secondaire également, ce qui aurait généré des coûts supplémentaires. Une telle situation aurait possiblement modifié le RCEI en avantageant davantage une TCC combinée. Cet aspect demeure toutefois à évaluer dans une étude ultérieure.

Considérant les résultats de la présente étude, notre recommandation clinique serait de privilégier le traitement du trouble primaire dans les cas où le trouble secondaire n'engendre pas d'interférence majeure dans le fonctionnement de l'individu ni dans l'application des stratégies thérapeutiques pour le trouble primaire. Dans les cas où le trouble secondaire se présenterait avec une intensité très sévère nuisant au fonctionnement de l'individu et/ou au processus thérapeutique, le traitement combiné pourrait être plus favorable puisqu'il permettrait à l'individu de bénéficier de stratégies diversifiées et complémentaires pour ses difficultés. Les préférences personnelles quant à la priorité du trouble à traiter demeurent également importantes à considérer.

Enfin, il semble pertinent de mentionner que bien que cette étude ait été réalisée dans le contexte de référence au DSM-IV-TR, les résultats obtenus demeurent pertinents et applicables aux changements nosologiques du DSM-5. Considérant que le TP et l'agoraphobie soient actuellement deux diagnostics

dissociés, les participants de la présente étude seraient diagnostiqués avec trois troubles co-occurents (TP, agoraphobie et TAG) au lieu de deux (TPA et TAG). L'intervention ne nécessiterait toutefois pas de changement puisque les stratégies pour ces troubles sont déjà incluses dans les protocoles de traitement.

Forces et limites de l'étude

Il s'agit d'une première étude, à notre connaissance, qui compare les coûts et l'efficacité de deux modalités d'intervention dans le traitement d'un TPA et d'un TAG concomitants. L'évaluation des coûts directs et indirects associés aux traitements selon la perspective de l'individu permet d'estimer qu'un TPA, un TAG ou ces deux problématiques conjointement pourraient être traités efficacement dans le secteur privé au Québec avec des coûts totaux inférieurs à 1 700\$. Il s'agit d'un aspect particulièrement avantageux sur le plan monétaire puisqu'il a été démontré qu'un TPA ou un TAG, spécialement lorsqu'ils sont comorbides, engendrent des coûts très élevés au niveau individuel et sociétal surtout lorsqu'ils ne sont pas traités (Lépine, 2002; Marciniak et al., 2005). Une autre force de l'étude provient de la pertinence des mesures d'efficacité des interventions. L'IFG comprend plusieurs mesures sensibles aux divers symptômes du TPA et du TAG. Les questionnaires qui évaluent l'intolérance aux sensations physiques (*QSP*) et l'intolérance à l'incertitude (*III*) sont particulièrement adaptés pour évaluer les effets des traitements administrés, puisque ces éléments y jouent un rôle central. Cependant, il pourrait également être pertinent d'inclure des mesures de la qualité de vie et de la productivité au travail

dans le score composite de l'IFG. Cette inclusion serait un ajout intéressant dans un projet de recherche ultérieur afin de mieux évaluer l'impact des traitements sur ces variables psychosociales.

La présente étude comporte aussi certaines limites. Sa faible taille échantillonnale influence les résultats obtenus (p. ex. très grands intervalles de confiance associés aux RCEI) ainsi que leur généralisation. Il aurait fallu 900 participants au total pour détecter une différence significative entre les modalités d'intervention, avec une puissance de .80 et un seuil alpha de .05. Toutefois, il est important de noter que la différence alors observée resterait minime avec une taille d'effet de $d = .19$. Une autre limite de l'étude concerne le calcul des coûts de la TCC qui s'effectue à partir de protocoles de traitement standardisés dans un contexte de recherche clinique ; ce qui n'est probablement pas représentatif des interventions octroyées dans le secteur public. Des études d'évaluation économique de la TCC dans ces contextes différents de traitement pourraient s'avérer plus avantageuses quant aux prises de décisions concernant les services de santé offerts à la population. Aussi, bien que quelques hypothèses aient été émises pour expliquer la similarité entre les traitements, il serait pertinent que d'autres études puissent mieux évaluer les facteurs modérateurs impliqués. Par exemple, des évaluations en cours de traitement pourraient être effectuées à la suite de l'application de chacune des stratégies thérapeutiques afin de mieux évaluer leur impact spécifique au niveau des symptômes. Enfin, il serait intéressant d'obtenir des informations qualitatives de la

part des participants concernant leur perception de l'efficacité de la thérapie, de la pertinence des stratégies utilisées, ainsi que de la relation thérapeutique. Ceci pourrait également permettre de mieux comprendre le niveau élevé d'attrition dans la présente étude (29%).

Références

- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (2), 185-192. doi:10.1007/s10862-009-9151-3
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., rev.) Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.
- Borkovec, T. D., Abel, J. L., & Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (3), 479-483. doi:10.1037/0022-006X.63.3.479
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58. doi:10.1037//0021-843X.110.1.49
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1179>

- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*(6), 1090-1097. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.52.6.1090>
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., & Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 35-44. doi:[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90140-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90140-8)
- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy, 45* (6), 1095–1109. doi:10.1016/j.brat.2006.09.006
- Deacon, B., Lickel, J., & Abramowitz, J.S. (2008). Medical utilization across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 22* (2), 344-350. doi:10.1016/j.janxdis.2007.03.004
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV*. Albany, New York: University of Albany, Phobia and anxiety disorders clinic center for stress and anxiety disorders.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L., & Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (5th ed.). New York, Oxford University Press.

- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 19*, 61-81. doi:<http://dx.doi.org/10.1891/jcop.19.1.61.66326>
- Dugas, M. J., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. New York: Routledge.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV personality disorder*. American Psychiatric Press: Washington, D.C.
- Gosselin, P., Dugas, M. J., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (2001). Évaluation des inquiétudes: Validation d'une traduction française du PSWQ [Evaluation of worry: Validation of a French translation of the Penn State Worry Questionnaire]. *L'Encéphale, 27*, 475–484.
- Gosselin, P., Ladouceur, R., Evers, A., Laverdière, A., Routhier, S., & Tremblay-Picard, M. (2008). Evaluation of intolerance of uncertainty: Development and validation of a new self-report measure. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1427–1439. doi:10.1016/j.janxdis.2008.02.005
- Grant, B. F., Hasin, 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 (12), 1747-1759.

doi:10.1017/S003329170500606

Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., Andrews, G., & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (8), 602-612.

Hunsley, J. (2003). Cost-Effectiveness and Medical Cost-Offset Considerations in Psychological Service Provision. *Canadian Psychology*, 44, 61-73.

doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0085818

Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G., & Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 34, 19-35.

doi:10.1017/S003329170300881X

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59, 12-19. doi:http://dx.doi.org/10.1037/0022-

006X.59.1.12

Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M., & the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada / Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive

disorders. *BioMed Central Psychiatry*, 14, 1-83. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617

Konnopka, A., Leichsenring, F., Leibing, E., & König, H.-H. (2009). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 114, 14-31. doi:10.1016/j.jad.2008.07.014

Labrecque, J., Dugas, M. J., Marchand, A., & Letarte, A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for comorbid generalized anxiety disorder and panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 30(4), 383-410. doi:10.1177/0145445504265277

Labrecque, J., Marchand, A., Dugas, M. J., & Letarte, A. (2007). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 31(5), 616-637. doi:10.1177/0145445507301132

Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (14), 4-8.

Marchand, A., Boivin, I. (1997). *L'entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV*. Document inédit.

- Marchand, A., & Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur* (3^e éd.). Montréal, Québec : Stanké.
- Marciniak, M. D., Lage, M. J., Dunayevich, E., Russell, J. M., Bowman, L., Landbloom, R. P., & Levine, L. R. (2005). The cost of treating anxiety: The medical and demographic correlates that impact total medical costs. *Depression and Anxiety, 21* (4), 178-184. doi:10.1002/da.20074
- McHugh, R. K., Otto, M. W., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 68* (7), 1038-1044.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*(6), 487-495. doi:[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90135-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90135-6)
- O'Brien, B. J., & Briggs, A. H. (2002). Analysis of uncertainty in health care cost-effectiveness studies: an introduction to statistical issues and methods. *Statistical Methods in Medical Research, 11*(6), 455-468. doi:10.1191/0962280202sm304ra
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 27* (5), 572-581. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Olthuis, J. V., Stewart, S. H., Watt, M. C., Sabourin, B. C., & Keogh, E. (2012). Anxiety sensitivity and negative interpretation biases: their shared and unique

- associations with anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 332–342. doi:10.1007/s10862-012-9286-5
- Poirier-Bisson, J., Marchand, A., Pelland, M. E., Lessard, M. J., Dupuis, G., Fleet, R., & Roberge, P. (2013). Incremental cost-effectiveness of pharmacotherapy and two brief cognitive-behavioral therapies compared with usual care for panic disorder and noncardiac chest pain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (9), 753-759. doi:10.1097/NMD.0b013e3182a2127d
- Provencher, M. D., Ladouceur, R., & Dugas, M. J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée : prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 91-99.
- Roberge, P., Marchand, A., Reinharz, D., Marchand, L., & Cloutier, K. (2004). Évaluation économique de la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. *Canadian Psychology*, 45(3), 202-218.
- Roth, P. L. (1994). Missing data: A conceptual review for applied psychologists. *Personnel Psychology*, 47(3), 537-560. doi:10.1111/j.1744-6570.1994.tb01736.x
- Starcevic, V., & Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23(2), 51-61. doi:10.1002/da.20145
- Steketee, G., Chambless, D. L., & Tran, G. Q. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder

and agoraphobia. *Journal of Comprehensive Psychiatry*, 42, 76-86.

doi:10.1053/comp.2001.19746

Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M.-C. (1997). Validation de l'inventaire de mobilité pour l'agoraphobie auprès de la population québécoise francophone. *Science et comportement*, 26, 35-58.

Stephenson, R., Marchand, A., & Lavallée, M.-C. (1998). Validation du questionnaire des sensations physiques auprès de la population canadienne-française.

L'Encéphale, 24, 415-425.

Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions:

Replication and extension. *Behavioral Therapy*, 33 (4), 493-509.

doi:10.1016/S0005-7894(02)80013-2

Weisberg, R. B., Beard, C., Moitra, E., Dyck, I., & Keller, M. B. (2014). Adequacy of treatment received by primary care patients with anxiety disorders.

Depression and Anxiety, 31 (5), 443-450. doi:10.1002/da.22209

Note d'auteurs

Institutions d'appartenance des auteurs:

^aDépartement de psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC, Canada.

^bDépartement de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais, Gatineau, QC, Canada.

^cDépartement de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada.

^dDépartement de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada.

^eClinique des troubles anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal, QC, Canada.

Le présent article a été rédigé dans le cadre de la thèse doctorale de Vedrana Ikić. Ce projet de recherche s'inscrit dans une étude plus vaste subventionnée par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC: 178047).

Auteur de correspondance: André Marchand, Ph. D., Université du Québec à Montréal, Département de psychologie, C. P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, Canada. Courriel: marchand.andre@uqam.ca. Tel: (514) 987-3000 ext. 8438. Fax : (514) 987-7953.

Notes de bas de page

³ La présente étude a été réalisée selon les critères diagnostiques de la 4^e version du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux – Texte révisé (*DSM-IV-TR*; APA, 2000). Depuis l'apparition du DSM-5 (APA, 2013), le diagnostic d'agoraphobie comporte certains critères supplémentaires et doit toujours être diagnostiqué séparément du trouble panique.

⁴ TP/A fait référence au trouble panique avec ou sans agoraphobie, indépendamment des populations ciblées dans les études mentionnées.

Tableau 1. *Caractéristiques sociodémographiques et symptomatologiques initiales des participants ayant complété la thérapie selon les modalités d'intervention*

Caractéristiques	Total (n = 87)	Traitement combiné (n = 42)	Traitement conventionnel (n = 45)	Stat.	p
Âge moyen (ÉT)	34,67 (11,84)	35,81 (13,41)	33,60 (10,20)	0.87 †	0.39
Femmes (%)	71 (82%)	33 (79%)	38 (84%)	0.50 ‡	0.48
Scolarité (%)				2.45 ‡	0.29
≤ Secondaire	20 (23%)	10 (24%)	10 (22%)		
Collégial	29 (33%)	17 (40%)	12 (27%)		
Universitaire	38 (44%)	15 (36%)	23 (51%)		
Statut de travail (%)				1.91 ‡	0.39
Temps plein	44 (51%)	21 (50%)	23 (51%)		
Temps partiel	21 (24%)	8 (19%)	13 (29%)		
Sans emploi	22 (25%)	13 (31%)	9 (20%)		
Revenus^a (%)				6.45 ‡	0.09
Moins de 29 000\$	30 (35%)	13 (31%)	17 (40%)		
30 000 à 59 000\$	26 (31%)	13 (31%)	13 (30%)		
60 000 à 89 000\$	16 (19%)	12 (29%)	4 (9%)		
90 000\$ et plus	13 (15%)	4 (9%)	9 (21%)		
Moyennes des mesures cliniques au pré-test					
Intensité du TPA à l'ESTA-IV (ÉT)	5,75 (1,08)	5,83 (1,10)	5,67 (1,07)	0.72†	0.48
Intensité du TAG à l'ESTA-IV(ÉT)	5,71 (1,01)	5,64 (1,01)	5,78 (1,02)	-0.62†	0.54
QSP (ÉT)^b	3,41 (0,55)	3,45 (0,51)	3,37 (0,60)	0.60†	0.55
IMA-S (ÉT)	2,69 (0,76)	2,77 (0,71)	2,61 (0,79)	0.99†	0.33
QIPS (ÉT)	64,88 (7,74)	65,88 (7,66)	63,96 (7,79)	1.16†	0.25
III (ÉT)^a	163,53 (34,87)	165,88 (32,76)	161,23 (37,04)	0.61†	0.54

Note : ^a n = 85 pour l'échantillon total, n = 43 pour le traitement conventionnel; ^b n = 85 pour l'échantillon total, n = 44 pour le traitement conventionnel, n = 41 pour le traitement combiné; † = test t; ‡ = chi carré; ESTA-IV = Entrevue structurée pour les troubles anxieux selon le DSM-IV; QSP = Questionnaire sur les sensations physiques ; IMA-S = Inventaire de mobilité pour l'agoraphobie – seul ; QIPS = Questionnaire sur les inquiétudes de Penn State ; III = Inventaire d'intolérance à l'incertitude.

Tableau 2. *Pourcentage (%) de participants de chaque modalité d'intervention ayant atteint un niveau de fonctionnement élevé à l'Index de fonctionnement global (IFG) à chaque temps de mesure*

Temps de mesure	Traitement combiné	Traitement conventionnel	Total	Statistique	<i>p</i>	Phi
T1	62%	51%	56%	1.03	.31	-.11
T2	70%	61%	65%	0.73	.39	-.10
T3	71%	64%	68%	0.42	.52	-.07
T4	71%	63%	67%	0.58	.45	-.09

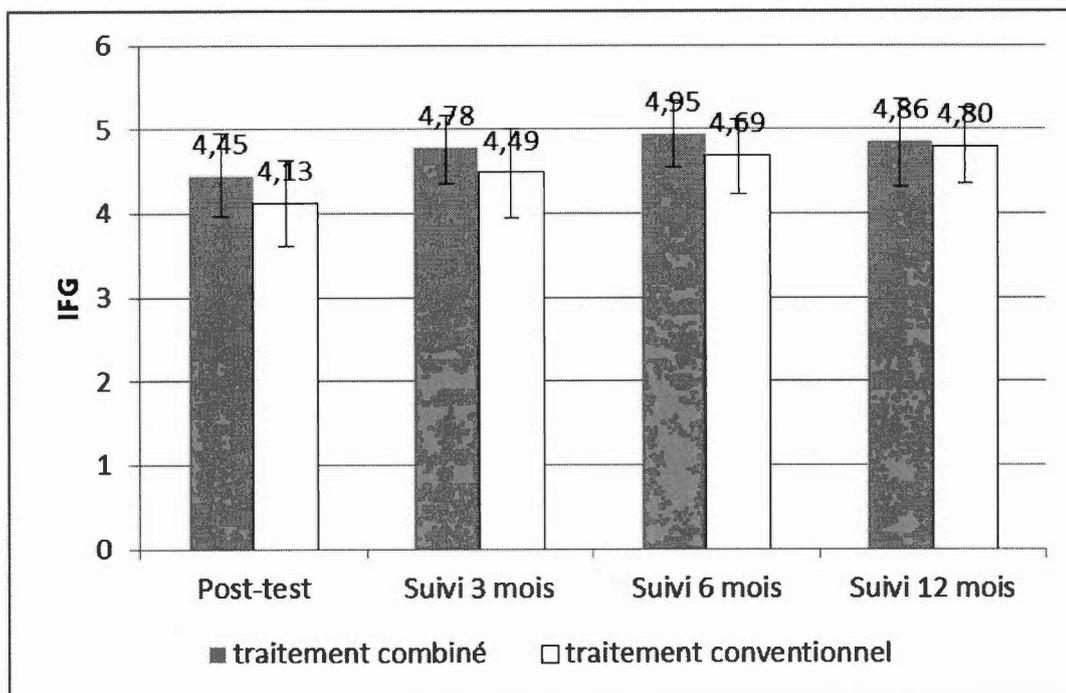
Note : T1 = post-test; T2 = suivi de 3 mois; T3 = suivi de 6 mois; T4 = suivi de 12 mois

Tableau 3. *Analyse coûts-efficacité incrémentale*

Mesures	Traitement combiné (ÉT) (n = 41)	Traitement conventionnel (ÉT) (n = 45)
Coûts directs de la TCC: Thérapeutes (SCAD)	1 205.55 (90.03)	1 220.22 (59.16)
Coûts indirects de la TCC – total (SCAD)	374.19 (51.39)	377.52 (48.96)
Temps passé en thérapie	136.87 (10.23)	138.54 (6.72)
Transport	139.04 (51.07)	139.24 (48.36)
Temps de déplacement	98.28 (5,13)	99.74 (2.57)
Total des coûts de la TCC (SCAD)	1 579.74 (107.96)	1 597.74 (82.89)
Analyse coûts-efficacité		
RCEI au T1	-56.25 (IC -570.18; 599.50)	
RCEI au T2	-62.07 (IC -948.45; 512.77)	
RCEI au T3	-69.23 (IC -706.96; 751.67)	
RCEI au T4	-300 (IC -904.86; 729.93)	

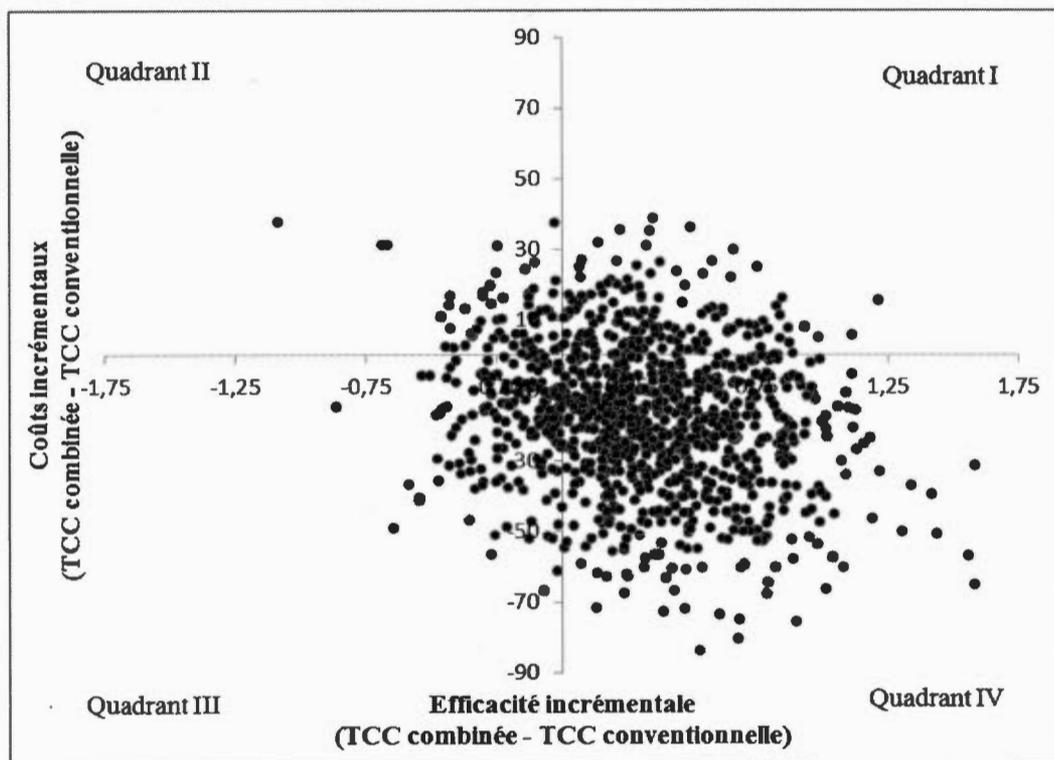
Note: IFG = Index de fonctionnement global; RCEI = Ratio coûts-efficacité incrémental; IC = intervalles de confiance à 95%; T1 = post-test; T2 = suivi de 3 mois; T3 = suivi de 6 mois; T4 = suivi de 12 mois

Figure 1. Index de fonctionnement global (IFG) moyen des participants au post-test et aux relances de trois, six et douze mois pour les deux modalités d'intervention.



Note : T1 = n = 87; T2 = n = 81; T3 = n = 77; T4 = n = 70. Signification de l'échelle des valeurs de l'IFG : 0 = dysfonctionnel; 1-2 = niveau de fonctionnement léger; 3-4 = niveau de fonctionnement modéré; 5-6 = niveau de fonctionnement élevé.

Figure 2. Plan coûts-efficacité en deux dimensions avec les 1000 ratios coûts-efficacité incrémentaux (RCEI) engendrés par la procédure de Bootstrap au T1 (post-test).



Note: Quadrant I = l'intervention combinée est plus efficace et plus coûteuse que le traitement conventionnel; Quadrant II = l'intervention combinée est plus coûteuse, mais moins efficace que le traitement conventionnel; Quadrant III = l'intervention combinée est moins coûteuse et moins efficace que le traitement conventionnel; Quadrant IV = l'intervention combinée est moins coûteuse et plus efficace que le traitement conventionnel.

CHAPITRE III

REDUCTION IN COSTS AFTER TREATING COMORBID PANIC DISORDER
WITH AGORAPHOBIA AND GENERALIZED ANXIETY DISORDER

ARTICLE PUBLIÉ DANS LA REVUE *THE JOURNAL OF MENTAL HEALTH
POLICY AND ECONOMICS*, 2017, 20 (1), P. 11-20

Reduction in Costs after Treating Comorbid Panic Disorder with Agoraphobia and
Generalized Anxiety Disorder

Vedrana Ikić¹, Claude Bélanger², Stéphane Bouchard³, Patrick Gosselin⁴, Frédéric
Langlois⁵, Joane Labrecque⁶, Michel J. Dugas⁷, André Marchand⁸

¹B. Sc., Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montréal, QC,
Canada.

²Ph. D., Professor, Department of Psychology, Université du Québec à Montréal;
Associate Professor, Department of Psychiatry, McGill University, Montréal, QC,
Canada.

³Ph. D., Professor, Department of Psychoeducation and Psychology, Université du
Québec en Outaouais, Gatineau, QC, Canada.

⁴Ph. D., Professor, Department of Psychology, Université de Sherbrooke, Sherbrooke,
QC, Canada.

⁵Ph. D., Professor, Department of Psychology, Université du Québec à Trois-
Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada.

⁶Ph. D., Psychologist, Anxiety Disorders Clinic, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal,
Montréal, QC, Canada.

⁷Ph. D., Professor, Department of Psychoeducation and Psychology, Université du
Québec en Outaouais, Gatineau, QC, Canada.

⁸Ph. D., Professor, Department of Psychology, Université du Québec à Montréal,
Montréal, QC, Canada.

Author Note

This research project was made possible by financial support from the Canadian Institutes of Health Research (CIHR: 178047).

Corresponding author: André Marchand, Ph.D., Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, C. P. 8888, Succursale Centre-Ville, Montréal, Québec, H3C 3P8, Canada. Tel: (514) 987-3000 ext. 8439; Fax: (514) 987-7953; Email: marchand.andre@uqam.ca

Résumé

Contexte: Le trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) sont deux troubles limitatifs et coûteux, souvent non reconnus et pas adéquatement traités malgré de nombreuses consultations auprès des professionnels de la santé. Ces troubles se présentent fréquemment en cooccurrence, mais on en sait très peu sur les coûts associés à leur comorbidité spécifique et à l'impact de la thérapie cognitive et comportementale (TCC) sur la réduction des coûts. **Objectifs:** Le premier objectif de cette étude vise à estimer les coûts directs et indirects reliés à la santé mentale pour la comorbidité du TPA et du TAG. Un deuxième objectif vise à observer s'il y a une réduction de ces coûts à la suite d'une TCC conventionnelle pour le trouble primaire seulement (TPA ou TAG) ou d'une TCC combinée et adaptée à la comorbidité (TPA et TAG). **Méthode:** Un total de 123 participants avec un double diagnostic de TPA et de TAG ont participé à cette étude. Les coûts directs et indirects reliés à la santé mentale ont été évalués et calculés selon une perspective sociétale au pré-test, au post-test et à des suivis de trois, six et 12 mois. **Résultats:** Au pré-test, les coûts totaux moyens associés à la comorbidité du TPA et du TAG étaient de 2 000,48 \$CAD (ÉT = 2 069,62 \$CAD) par participant sur une période de trois mois. Les coûts indirects étaient plus élevés que les coûts directs. Les deux modalités de TCC ont mené à des diminutions significatives et similaires entre le pré-test et le post-test, et ce, dans toutes les catégories de coûts. Ces réductions ont été maintenues jusqu'au suivi de 12 mois. **Discussion:** Les choix méthodologiques ont possiblement sous-estimé les coûts rapportés. Néanmoins, cette étude démontre que les coûts de la santé mentale peuvent être réduits suite à une TCC conventionnelle pour le TPA ou le TAG primaire, tout comme suite à une TCC combinée et adaptée à leur comorbidité (TPA et TAG). **Répercussions sur la prestation et l'utilisation des services de santé:** Le traitement de troubles coûteux et comorbides avec des traitements éprouvés comme la TCC peut mener à d'importants bénéfices économiques pour la société. **Répercussions sur les politiques de santé:** En considérant les ressources limitées des systèmes de santé, il est important de faire des choix qui mèneront à une meilleure accessibilité à des services de qualité. L'application de la TCC pour le TPA, pour le TAG ou pour ces deux troubles conjointement, de même que la formation de professionnels de la santé à cette approche thérapeutique devraient être encouragées. De plus, il serait favorable pour les compagnies d'assurance de rembourser les frais associés au traitement psychologique des troubles anxieux. **Orientation pour les recherches futures:** En plus de la réduction des symptômes, il serait pertinent d'explorer d'autres facteurs qui

pourraient contribuer à la réduction de coûts directs et indirects liés à la santé mentale.

Mots clés: coûts de la santé, réduction des coûts, trouble panique avec agoraphobie, trouble d'anxiété généralisée, thérapie cognitive et comportementale

Abstract

Background: Panic disorder with agoraphobia (PDA) and generalized anxiety disorder (GAD) are impairing and costly disorders that are often misdiagnosed and left untreated despite multiple consultations. These disorders frequently co-occur, but little is known about the costs associated with their comorbidity and the impact of cognitive-behavioral therapy (CBT) on cost reduction. **Aims of the Study:** The first objective of this study was to assess the mental health-related costs associated with the specific concomitance of PDA and GAD. The second aim was to determine whether there is a reduction in direct and indirect mental health-related costs following conventional CBT for the primary disorder only (PDA or GAD) or combined CBT adapted to the comorbidity (PDA and GAD). **Methods:** A total of 123 participants with a double diagnosis of PDA and GAD participated in this study. Direct and indirect mental health-related costs were assessed and calculated from a societal perspective at the pre-test, the post-test, and the three-month, six-month and one-year follow-ups. **Results:** At the pre-test, PDA-GAD comorbidity was found to generate a mean total cost of CAD\$2,000.48 ($SD = \$2,069.62$) per participant over a three-month period. The indirect costs were much higher than the direct costs. Both treatment modalities led to significant and similar decreases in all cost categories from the pre-test to the post-test. This reduction was maintained until the one-year follow-up. **Discussion:** Methodological choices may have underestimated cost evaluations. Nonetheless, this study supports the cost offset effects of both conventional CBT for primary PDA or GAD and combined CBT for PDA-GAD comorbidity. **Implications for Healthcare Provision and Use:** Treatment of comorbid and costly disorders with evidence-based treatments such as CBT may lead to considerable economic benefits for society. **Implications for Health Policies:** Considering the limited resources of healthcare systems, it is important to make choices that will lead to better accessibility of quality services. The application of CBT for PDA, GAD or both disorders and training mental health professionals in this therapeutic approach should be encouraged. Additionally, it would be favorable for insurance plans to reimburse employees for expenses associated with psychological treatment for anxiety disorders. **Implications for Further Research:** In addition to symptom reduction, it would be of great pertinence to explore which factors can contribute to reducing direct and indirect mental health-related costs.

Keywords: cost-of-illness, cost offset effect, panic disorder with agoraphobia, generalized anxiety disorder, cognitive-behavioral therapy.

Anxiety disorders are known to be highly prevalent, disabling and associated with substantial economic burdens.(1-3) Among these disorders, panic disorder with agoraphobia (PDA)⁵ and generalized anxiety disorder (GAD) are commonly encountered in primary care settings.(6) Moreover, the one-year prevalence of PDA and GAD in the general population is estimated at 3.5% and 3.1%, respectively.(7) Several studies have shown that both of these disorders are associated with high levels of psychological distress, increased impairment in psychosocial and work functioning, and a diminished quality of life.(8,9) It is therefore not surprising that individuals suffering from PDA or GAD tend to show high rates of help-seeking from various health professionals.(10)

PD/A⁶ and GAD are associated with an abundant utilization of healthcare services and prescribed medication.(10-12) Indeed, individuals with these disorders frequently use primary and specialty resources. Studies conducted in North America and Europe show that these individuals tend to resort to emergency departments, general medicine, and cardiology instead of mental health-related services.(2,10,13) This fact is not surprising given that patients with PDA frequently misinterpret their somatic symptoms, such as tachycardia and chest pain, as dangerous or life threatening. In parallel, a majority of patients with GAD tend to consult for somatic

⁵ Considering the recruitment period of the present study, diagnoses were based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 4th Edition, Text Revision; DSM-IV-TR.(4) Since the release of DSM-5 (5), agoraphobia diagnosis includes several additional criteria, and agoraphobia should always be diagnosed separately from panic disorder, if applicable.

⁶ PD/A refers to panic disorder with or without agoraphobia, according to the populations targeted in the mentioned studies.

concerns, such as problems associated with pain and insomnia (14), which can be explained by the physical symptoms of this disorder. Moreover, PD/A and GAD frequently co-occur with medical illnesses.(15) Given that the motive for consultation of these patients is typically oriented toward physical complaints and that physicians often do not investigate the presence of an underlying anxious state, PD/A and GAD are frequently unrecognized and misdiagnosed in primary care settings despite multiple consultations.(9,16) Additionally, only a small proportion of individuals receive appropriate treatments as recommended by clinical guidelines (17,18), which may contribute to the economic burden associated with these disorders.

In addition to significantly greater utilization of healthcare services than the general population, patients with PD/A or GAD report higher rates of absenteeism and lost productivity at work.(13,19) These aspects generate considerable direct and indirect costs to the healthcare system and to the sufferer, which are described in many cost-of-illness studies for either PD/A or GAD.(9,20-22) As the availability and financing of healthcare services, as well as the compensation for absenteeism at work, may differ between countries (or specific geographic areas), it is worth noting that direct and indirect cost estimates are consequently healthcare system-specific.(23) Nevertheless, cost-of-illness studies contribute to our understanding of the economic consequences of mental health problems.

Considering the limited resources of all healthcare systems, cost-effectiveness studies are of great importance because they aim to increase access to the most efficient and least expensive treatments.(20) These studies are particularly relevant

for disorders such as PDA and GAD, which can be treated effectively but are often left untreated. Cognitive-behavioral therapy (CBT) benefits from considerable empirical support as a treatment of choice for these disorders.(24, 25) Economic evaluation studies have indicated that CBT for PD/A or GAD offers a better cost-effectiveness ratio than the usual care.(26-28) CBT is therefore more advantageous, both on clinical and financial levels, than more general mental health-related consultations with various healthcare professionals, such as general practitioners. Studies have shown that CBT is not only cost effective in the treatment of PD/A but also seems to lower costs by reducing medical (general and mental health-related) costs and production losses.(28-30)

To our knowledge, there have been no such studies regarding GAD. We also found no studies considering psychiatric comorbidity while evaluating the cost offset effect of CBT. Nevertheless, both PD/A and GAD are known to be highly comorbid disorders (2); these two anxiety disorders co-occur in approximately one-third of cases.(29) It has been noted that comorbid PD/A and GAD are associated with increased impairment and even greater economic burden.(9,29,30) It is therefore pertinent to assess the costs associated with their particular concomitance. The cost-of-illness studies on PD/A or GAD conducted to date have typically included general medical condition fees in their cost calculations; therefore, these studies fail to provide an accurate representation of the mental health-specific costs related to these disorders. Estimating these costs could provide relevant information to better promote the financing of mental health services offered to this population.

The present study aimed to compensate for the aforementioned limitations and for the absence of studies measuring the cost offsets effect of CBT for comorbid PDA and GAD. This research was conducted in the context of a wider treatment study that aimed to assess the effectiveness of combined CBT for PDA and GAD compared to conventional CBT for the primary disorder only (either PDA or GAD) (Marchand et al., submitted 2016).

Objectives

The objectives of the present study were as follows: (a) to estimate, from a societal perspective, the direct and indirect mental health-related costs of comorbid PDA and GAD; (b) to observe whether direct and indirect mental health-related costs would be reduced over a one-year period following conventional or combined CBT; and (c) to assess whether one of the two treatment modalities (i.e., conventional CBT for the primary disorder versus combined CBT) would lead to a greater decrease in mental health-related costs than the other.

Methods

Participants

A total of 123 adults with a double diagnosis of PDA and GAD participated in this study. The participants were recruited from specialized clinics for anxiety disorders at five sites across the province of Quebec (Canada): the University of Quebec in Montreal, the Douglas Mental Health University Institute, the University of Quebec in Trois-Rivières, the University of Sherbrooke, and the University of Quebec in Outaouais. Institutional review boards at each of the sites approved the

protocol. Recruitment occurred between December 2008 and July 2012 and was accomplished by means of clinical references and advertisements (i.e., newspapers, flyers, and websites).

The study inclusion criteria were as follows: (a) age between 18 and 65 years; (b) fulfillment of the clinically significant diagnostic criteria for PDA and GAD (denoted by a score of four or more on the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV) (33); and (c) if additional concomitant disorders were present, their symptom severity had to be lower than for the PDA and GAD diagnoses on the ADIS-IV scale. The exclusion criteria were as follows: (a) the presence of a substance-related disorder; (b) a history of psychotic episode(s); (c) the presence of bipolar disorder; (d) the presence of a mental disorder due to a general medical condition; (e) a history of receiving CBT in the past six months; and (f) the presence of a cluster A personality disorder or borderline personality disorder. In addition, during the initial assessment and while receiving the psychotherapy, the participants were asked (a) not to start a new psychotropic medication and, if already taking one, to leave the dose and type of medication unchanged, if possible; and (b) not to engage in any other psychotherapy or support group.

Measures

Diagnostic interviews. The ADIS-IV (33) is a semi-structured interview that assesses anxiety, mood, substance-related, somatoform and non-organic psychotic disorders. It includes a severity scale from zero to eight (0-8), and the resulting score determines the intensity of the diagnosed disorders.

The Structured Clinical Interview for DSM-IV AXIS-II Personality Disorders (SCID-II) (34) was administered at the pre-test to ensure that participants did not meet the Axis-II exclusion criteria.

Evaluation of costs. In this study, a societal perspective was adopted (i.e., direct and indirect costs were included regardless of the payer). A semi-structured interview was administered to evaluate the type and frequency of healthcare services used, prescribed medications and production losses. (Roberge, et al. Interview on health costs. Unpublished manuscript 2007) A three-month period prior to the assessment was considered in all of the evaluations. All costs were calculated in Canadian dollars (CAD\$). The costs were based on price lists from 2011 because that year represents the median of the recruitment period.

Direct costs included consultations with general practitioners, specialists, and other healthcare professionals, as well as the use of psychotropic medication. Only mental health-related consultations were considered in order to identify the PDA-GAD specific economic impact. Consultations regarding general medical problems (e.g., annual medical examinations, injury, surgery, flu, gastric problems) were not included in the cost calculations, as it was impossible to determine with certainty whether these problems were related to PDA or GAD. Including the costs of these consultations may have led to an overestimation of the “mental health-related costs.” Consultations were classified as being mental health-related based on the type of health professional and the motive for consultation, as reported by the participants

(e.g., anxiety, panic, worry, stress, demoralization, psychotropic medication prescription). Consultation fees for physicians and specialists were calculated considering the average costs based on the type of service (simple or complex) and location (i.e., hospital or medical clinic), as established by the Quebec government's healthcare insurance program (RAMQ). Costs for other healthcare professionals (e.g., psychologists, social workers, clinical nurses, and massage therapists) were based on the average hourly rate according to their respective professional order/association. Pharmacological treatment costs included the cost of generic medications according to the participant's prescribed dose and the prices established by the RAMQ. A monthly fixed amount (\$18) paid at the pharmacy, called a deductible, was added to the medication costs of every participant regardless of his insurance status (public or private). Anxiolytics, antidepressants, and antipsychotics were considered mental health-related medications.

Indirect costs included time loss associated with travel, waiting, and the duration of the appointments with healthcare professionals. These costs were calculated at the Quebec minimum wage (\$9.65 per hour). Absenteeism and presenteeism (reduced productivity while at work) were also calculated for employed participants and were considered indirect costs. Absenteeism was calculated as the number of hours of work missed due to mental health reasons (e.g., anxiety, stress, or appointments with mental healthcare professionals). This number was multiplied by the average salary in Quebec (\$21.47 per hour) per the Direction of Labour Analysis

and Information of the Quebec Ministry of Labour. Costs associated with presenteeism were based on participants' reported percentage of work performance ("in the last three months, at what percentage do you estimate your work performance?"; "to what do you attribute your productivity loss?"), their work status (full- or part-time) and the average Quebec salary.

Procedure and study design

A total of 1,223 potential participants were screened using a brief phone interview. Among these, 386 screened positive and were met in person at their respective recruitment site. After providing written consent, these potential participants were evaluated by a graduate student in psychology using the measures described above. Ultimately, 123 participants were included in the study. The participants were assigned to cohorts receiving one of two treatment conditions: (a) conventional CBT for PDA or GAD, depending on the primary disorder diagnosed; or (b) combined CBT for PDA and GAD, independent of the primary disorder diagnosed. The participants were blinded to the existence of another treatment condition. Cohorts alternated every four months, starting with the conventional CBT condition. In addition to the initial evaluation, the participants were reassessed at the post-test (two weeks after the end of treatment) and at three-month, six-month and one-year follow-ups. The quality control procedures applied (i.e., assessment and treatment manuals, training and supervision for evaluators and therapists, interrater reliability, and therapeutic integrity) are described in Primiano et al.(35)

Treatments

Interventions were delivered by early career licensed psychologists or Ph.D. students in psychology with at least 300 hours of clinical experience. A total of 23 therapists were involved in this study. All the treatment modalities included 14 one-hour individual sessions. **Conventional CBT.** Participants with a primary PDA diagnosis who were assigned to conventional CBT received an intervention based on strategies derived from the book *The Fear of Being Afraid [La peur d'avoir peur]* by Marchand and Letarte.(36) Participants whose primary diagnosis was GAD and who were assigned to conventional CBT received treatment strategies described in a clinical guidebook by Dugas and Robichaud.(37) **Combined CBT.** The combined CBT treatment included an adapted integration of CBT strategies for PDA and GAD derived from the sources cited above. A detailed description of treatment protocols is also presented in Primiano et al.(35)

Data analysis procedures

Sociodemographic, clinical and cost-related data were compared at the pre-test using independent t-test and chi-square analyses to ensure the equivalence between the two treatment groups and between completers and dropouts. Descriptive statistics were used to illustrate direct and indirect mental health-related costs at the pre-test for all the participants who completed the baseline evaluation and were assigned to receive an intervention (n = 123). Given the significant floor effects of all cost-related data, these data were dichotomized. Non-parametric analyses were used to detect significant differences between the presence and absence of costs at each

time point. Cochran's Q tests were conducted to determine changes over time in the various cost categories. *Post hoc* pairwise McNemar's tests were performed to identify time-specific changes.

Results

Sociodemographic and clinical characteristics

Among the 123 participants in this study, 54 were assigned to the combined CBT condition and 69 to the conventional CBT condition for the primary disorder. In the conventional CBT condition, 30 participants were treated for PDA, whereas 39 received CBT for GAD. The assignment of participants by cohorts to the treatment modalities produced equivalent groups at the pre-test in terms of sociodemographic and clinical variables, as presented in Table 1. The mean initial intensity scores for the PDA and GAD diagnoses were found to be 5.72 ($SD = 1.10$) and 5.74 ($SD = 0.99$), respectively. These scores are associated with moderate impairment according to the ADIS-IV scale. For the 48% of the participants who presented with at least one Axis I diagnosis in addition to PDA and GAD, the following comorbid disorders were identified: social phobia (42%), specific phobia (17%), major depressive disorder (17%), dysthymia (9%), obsessive-compulsive disorder (8%), health anxiety (4%) and post-traumatic stress disorder (4%).

Insert Table 1

Mental health-related costs associated with a comorbid PDA and GAD diagnosis at pre-test

At the time of the initial assessment, the total mental health-related costs associated with concomitant PDA and GAD diagnoses were estimated at \$2,000.48 ($SD = \$2,069.62$) per participant (see Table 2). This amount included direct and indirect costs generated over the three-month period prior to the intake assessments. As presented in Table 2, the mean indirect mental health-related costs were considerably higher than the direct mental health-related costs. A large proportion of the indirect costs were attributable to impairment at work (absenteeism and presenteeism). A significant proportion of the direct costs were associated with visits to health professionals other than general practitioners or specialists (i.e., psychologists/psychotherapists, massage therapists, social workers, and clinical nurses) and the use of psychotropic medications. In this study, no participants reported any mental health-related hospitalization. No differences were found between the two treatment groups at the pre-test in terms of the presence versus absence of direct, indirect or total mental health-related costs, nor were any differences found between the groups in any of the cost sub-categories.

Insert Table 2

Attrition during treatment

Among the 123 participants evaluated at the pre-test and assigned to a treatment condition, 87 (71%) completed treatment and were evaluated at the post-test, whereas 36 (29%) dropped out during treatment. The reasons for dropout were as follows: unknown ($n = 17$), lack of time ($n = 16$), and therapy too demanding ($n = 3$). In the combined CBT condition, 42 participants completed therapy. In the conventional CBT condition, 45 completed therapy (21 received CBT for PDA, and 24 received CBT for GAD). T-tests and chi-square tests showed no differences between the completers and dropouts in terms of sociodemographic, clinical or cost variables at the pre-test. The only difference was in the presence/absence of medication use ($\chi^2(1, n = 123) = 4.37, p = 0.04$). There was a significantly higher proportion of individuals with medication use in the dropout group than among the completers.

The number of participants who completed the three-month follow-up was 81. At the six-month follow-up, this number was 77; at the one-year follow-up, it was 69.

Cost offset effects of combined and conventional CBT

The direct, indirect and total mental health-related costs for the participants who completed either the combined or the conventional CBT treatment for the primary disorder were evaluated over a one-year period after treatment. Regardless of the treatment condition, the percentages of participants (completers) with mental health-related costs at each time period are reported in Table 3.

Insert Table 3

The percentage of participants incurring overall direct mental health-related costs was 79% at the pre-test. This figure dropped to 52% at the post-test and to 49% at the three-month follow-up. The percentage was found to be 51% at the six-month follow-up and 57% at the one-year follow-up. This result illustrates a great reduction in the frequency of mental health-related consultations with different health professionals after CBT. The reduction in the presence of medication costs from the pre-test to the post-test was therefore due to some participants ($n = 7$) ceasing anxiolytic intake on an as-needed basis. Otherwise, medication intake remained stable, as requested in the study inclusion criteria. There was a significant decrease in the percentage of participants who reported indirect costs at each assessment time from the pre-test (92%) to the one-year follow-up (48%). There was a particular reduction in costs associated with presenteeism: 85% of the participants reported these costs at the initial assessment, whereas 50% reported them at the post-test and 37% at the one-year follow-up. Finally, there was a large decrease in total mental health-related costs. Only 5% of the participants incurred no costs at the pre-test. After 14 sessions of CBT, 24% of the participants reported no costs, and at the one-year follow-up, 36% reported no costs.

Cochran's Q tests revealed a significant time effect on all cost reductions: direct costs ($\chi^2(4, n = 69) = 52.47, p < 0.001$); indirect costs ($\chi^2(4, n = 69) = 49.41, p$

< 0.001); total costs ($\chi^2(4, n = 69) = 38.20, p < 0.001$). McNemar's tests showed a significant decrease in these costs from the pre-test to the post-test, after which they remained stable ($p < 0.001$), as shown in Table 3. It should be noted that this reduction was observed in all the cost sub-categories as well.

The same statistical analyses were performed by analyzing the data separately for each treatment group (combined versus conventional CBT condition) to assess whether one of the two treatment modalities led to a greater decrease in mental health-related costs than the other. Both treatment modalities significantly reduced the direct, indirect and total costs from the pre-test to the post-test, after which these costs remained stable ($p < 0.025$). The treatment groups were equivalent in terms of the cost reduction at each assessment time. Moreover, intent-to-treat analyses were conducted, and the results remained unchanged.

An additional exploratory analysis was conducted to evaluate whether a reduction in total costs from the pre-test to the post-test was correlated with a reduction in the intensity of both PDA and GAD diagnoses on the ADIS-IV scale at the post-test. A significant positive relationship was found between these variables ($r(87) = 0.29, p < 0.01$).

Discussion

The first objective of this study was to estimate, from a societal perspective, the direct and indirect mental health-related costs associated with comorbid PDA and GAD. The mean total (direct and indirect) cost per participant over a three-month period was considerable at \$2,000.48 ($SD = \$2,069.62$). It is difficult to compare this

amount to costs reported in previous cost-of-illness studies, as those studies did not account for specific PDA-GAD (or GAD-PDA) comorbidity. Additionally, previous studies used different cost calculation methodologies (e.g., cost evaluation perspective, time period covered, price determination, and consideration of medical consultations not exclusive to mental health).

Nevertheless, there is some consistency between the present work and previous cost-of-illness studies focusing solely on PDA or GAD.(20,21) In both those previous works and the present study, the indirect costs were noticeably higher than the direct costs. This consistent finding confirms that individuals with PDA and GAD show high rates of absenteeism and presenteeism, which contribute to an important economic burden. Moreover, although they were substantial, it is possible that the indirect costs were still underestimated because costs due to unemployment were not considered in the calculations. These costs may be the main driver of indirect costs related to GAD and PDA as a consequence of the impairment that these conditions generate. In the present study, almost one-third of the participants were unemployed. In terms of direct costs, it appears that comorbid GAD and PDA were associated with an abundant utilization of mental healthcare services over a three-month period. Costs related to medication were high but may still have been reduced because only 52% of the participants were using medications at the pre-test. Interestingly, there was a significantly higher proportion of individuals using medications in the dropout group than in the completers. Considering the reported reasons for dropout (e.g., therapy was too demanding, a lack of time), it is possible that the efficacy expectations of

participants who discontinued CBT were more oriented toward medications, a treatment modality that may require less involvement than psychotherapy.

Regarding the second study objective, we found a significant reduction in direct and indirect mental health-related costs following 14 sessions of conventional or combined CBT. More specifically, there was a considerable decrease in all the cost categories (and sub-categories) from the pre-test to the post-test. At the post-test, 24% of the participants incurred no costs, compared to 5% of the participants at the pre-test. This reduction in costs was maintained through the one-year follow-up. This finding is similar to results reported by other studies assessing the cost offset effects of CBT, but for PDA only (28-30) because there have been no such studies for GAD. Additionally, combined and adapted CBT for comorbid PDA-GAD (or GAD-PDA) seems to be equivalent to conventional CBT for the primary disorder only (PDA or GAD) in terms of decreasing direct and indirect mental health-related costs. The results of a larger clinical study by Marchand et al. (submitted, 2016) revealed that both treatment modalities were also equally effective at enhancing quality of life (35), and at reducing PDA and GAD symptomatology (both primary and secondary diagnoses, avoidance behaviors, fear of bodily sensations, worry tendencies, intolerance of uncertainty, etc.). More than half of the participants in both modalities (56%) achieved high end-state functioning at the completion of treatment and maintained this level of functioning over 12 months. This equivalence may be explained by the finding that treating one anxiety disorder may lead to a decrease in the manifestations of another anxiety disorder (38), especially if they share some

vulnerability factors, as is the case for PDA and GAD.(39,40) Individuals with reduced symptomatology may therefore be less likely to consult healthcare professionals. This assumption is supported by the correlation found between cost reduction and PDA-GAD diagnostic intensity reduction from the pre-test to the post-test. It would, however, be pertinent to further explore this relationship because moderate associations were found between changes in these variables. Some researchers have studied factors associated with healthcare utilization patterns for anxiety disorders (32,41,42) and have identified sociodemographic (i.e., sex, age, and education level), clinical (i.e., presence of comorbid disorders and avoidance) and financial variables (i.e., insurance coverage and cost of services) that can have an impact on help seeking behaviors. It would be highly beneficial for future research to explore which factors contribute to reducing direct and indirect mental health-related costs, especially after specialized treatment, such as CBT.

Study contributions and limits

One of the main strengths of the present study is its innovative contribution to the assessment of mental health-related costs associated with the specific comorbidity of two highly prevalent, impairing and costly disorders: PDA and GAD. Although 48% of the participants had at least one Axis I disorder in addition to PDA and GAD, the study inclusion criteria ensured that the participants' most disabling disorders were, in fact, PDA and GAD. We can therefore assume that the costs reported are essentially related to these two anxiety disorders. Additionally, by supporting the cost

offset effect of CBT (for PDA, GAD, or both), this study can inform healthcare policies about effective treatments that may reduce the economic burden created by recurrent consultations with various health professionals and production losses. Considering the limited resources of healthcare systems, it is important to make choices that will lead to better access to quality services. For example, it could be helpful to encourage the application of CBT for PDA, GAD or both disorders by training mental health professionals in this therapeutic approach, among other things. It would also be favorable for insurance companies to reimburse employees for expenses related to psychological treatment for anxiety disorders.

Certain methodological limitations of this study should also be considered. The results should be interpreted with caution because of the mirror-image design. The absence of a comparison group (e.g., waitlist or usual care) implies that we could not ensure that the effect of cost reduction was mainly due to treatment and not to other factors. Nonetheless, the follow-up assessments illustrate that the reduction in all cost-categories was maintained over a 12-month period. Moreover, data were collected using a semi-structured interview that covered service use and production losses over a three-month period. This retrospective method may have induced recall and social desirability biases. We attempted to overcome this limitation by performing frequent evaluations and providing participants with an exhaustive list of potential services they may have used. Moreover, we tried to specifically target mental health-related costs in our study by considering participants' motives for

consultation and the types of health professionals seen. We may have underestimated these costs because individuals suffering from PDA and GAD may not perceive the underlying anxiety-related cause of some consultations (e.g., with a cardiologist, gastroenterologist, or massage therapist). Finally, costs may also have been underestimated due to the inclusion/exclusion criteria, which were determined in the context of a wider treatment study assessing the effectiveness of both CBT modalities.

Conclusion

The current investigation demonstrates that the specific PDA-GAD comorbidity is associated with substantial direct and indirect costs. The findings also support the assertion that treating these anxiety disorders (either the primary disorder or both) with evidence-based psychological treatment modalities such as CBT is a promising avenue that may produce an appreciable reduction in mental health-related costs. These considerations are of particular importance for healthcare system policies and employment insurance plans.

References

1. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, Dodel R, Ekman M, Faravelli C, Fratiglioni L, Gannon B, Jones DH, Jennum P, Jordanova A, Jönsson L, Karampampa K, Knapp M, Kobelt G, Kurth T, Lieb R. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; **21**: 718-779.
2. Lépine J-P. The epidemiology of anxiety disorders: prevalence and societal costs. *J Clin Psychiatry* 2002; **63**(Suppl 14): 4-8.
3. Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF. Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2007; **27**: 572-581.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
6. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Löwe B. Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Ann Intern Med* 2007; **146**: 317-325.

7. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**: 617-627.
8. Comer JS, Blanco C, Hasin DS, Liu SM, Grant BF, Turner JB, Olfson M. Health-related quality of life across the anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry* 2011; **72**: 43-50.
9. Revicki DA, Travers K, Wyrwich KW, Svedsäter H, Locklear J, Mattera MS, Sheehan DV, Montgomery S. Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *J Affect Disord* 2012; **140**: 103-112.
10. Deacon B, Lickel J, Abramowitz JS. Medical utilization across the anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2008; **22**: 344-350.
11. Cloutier K, Marchand A, Dugas MJ, O'Connor K, Koerner N, Roberge P. Analyse comparative de l'utilisation de services de santé associée aux troubles anxieux. *Rev Québécoise Psychol* 2009; **30**: 199-215.
12. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 2004; **65**(Suppl 13): 20-26.
13. Koerner N, Dugas MJ, Savard P, Gaudet A, Turcotte J, Marchand A. The economic burden of anxiety disorders in Canada. *Can Psychol* 2004; **45**: 191-224.

14. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J.
Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition,
and management. *J Clin Psychiatry* 2002; **63**(Suppl 8): 24-34.
15. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC, Asmundson GJ, Goodwin RD,
Kubzansky L, Lydiard RB, Massie MJ, Katon W, Laden SK, Stein MB.
Anxiety disorders and comorbid medical illness. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;
30: 208-225.
16. Roy-Byrne PP, Wagner AW, Schraufnagel TJ. Understanding and treating
panic disorder in the primary care setting. *J Clin Psychiatry* 2005; **66**(Suppl
4): 16-22.
17. Roberge P, Fournier L, Duhoux A, Nguyen CT, Smolders M. Mental health
service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Soc
Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; **46**: 321-330.
18. Weisberg RB, Beard C, Moitra E, Dyck I, Keller MB. Adequacy of treatment
received by primary care patients with anxiety disorders. *Depress Anxiety*
2014; **31**: 443-450.
19. Park Y, Kim W, Chae JH, Oh K, Frick KD, Woo JM. Impairment of work
productivity in panic disorder patients. *J Affect Disord* 2014; **157**: 60-65.
20. Konnopka A, Leichsenring F, Leibling E, König H-H. Cost-of-illness studies
and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: a systematic review. *J
Affect Disord* 2009; **114**: 14-31.

21. Rovira J, Albarracin G, Salvador L, Rejas J, Sánchez-Iriso E, Cabasés JM. The cost of generalized anxiety disorder in primary care settings: results of the ANCORA study. *Comm Ment Health J* 2012; **48**: 372-383.
22. Sandelin R, Kowalski J, Ahnemark E, Allgulander C. Treatment patterns and costs in patients with generalised anxiety disorder: one-year retrospective analysis of data from national registers in Sweden. *Eur Psychiatry* 2013; **28**: 125-133.
23. Drummond MF, McGuire A. 2001. *Economic evaluation in health care: merging theory with practice*. New York: Oxford University Press.
24. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014; **14**(Suppl 1): 1-83.
25. National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management. NICE guidelines CG113 [internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2011 [cited 2016 Sept 15]. Available from: <http://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
26. Issakidis C, Sanderson K, Corry J, Andrews G, Lapsley H. Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychol Med* 2004; **34**: 19-35.

27. Katon W, Russo J, Sherbourne C, Stein MB, Craske M, Fan MY, Roy-Byrne P. Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychol Med* 2006; **36**: 353-363.
28. Poirier-Bisson J, Marchand A, Pelland ME, Lessard MJ, Dupuis G, Fleet R, Roberge P. Incremental cost-effectiveness of pharmacotherapy and two brief cognitive-behavioral therapies compared with usual care for panic disorder and noncardiac chest pain. *J Nerv Ment Dis* 2013; **201**: 753-759.
29. Roberge P, Marchand A, Reinhartz D, Cloutier K, Mainguy N, Miller JM, Begin J, Turcotte J. Healthcare utilization following cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Cogn Behav Ther* 2005; **34**: 79-88.28.
30. Salvador-Carulla L, Seguí J, Fernández-Cano P, Canet J. Costs and offset effect in panic disorders. *Br J Psychiatry Suppl* 1995; **166**: 23-28.
31. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Ruan W, Goldstein RB, Smith SM, Saha TD, Huang B. 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. *Psychol Med* 2005; **35**: 1747-1759.
32. Marciniak MD, Lage MJ, Dunayevich E, Russell JM, Bowman L, Landbloom RP, Levine LR. The cost of treating anxiety: the medical and demographic correlates that impact total medical costs. *Depress Anxiety* 2005; **21**: 178-184.

33. DiNardo PA, Brown TA, Barlow DH. Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV. *Phobia and Anxiety Disorders Clinic Center for Stress and Anxiety Disorders* 1994.
34. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version. *American Psychiatric Pub* 1997.
35. Primiano S, Marchand A, Gosselin P, Langlois F, Bouchard S, Bélanger C, Labrecque J, Dugas M, Dupuis G. The effect of a combined versus a conventional cognitive-behavioral therapy on quality of life for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder: preliminary results. *Behav Modif* 2014; **38**: 3-24.
36. Marchand A, Letarte A. 2004. [*the Fear of Being Afraid*] (3rd ed.). Montréal, Québec: Stanké.
37. Dugas MJ, Robichaud M. 2007 *Cognitive-Behavioral Treatment for Generalized Anxiety Disorder: From Science to Practice*. New York: Routledge.
38. Borkovec TD, Abel JL, Newman H. Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *J Consult Clin Psychol* 1995; **63**: 479-483.
39. Carleton RN, Sharpe D, Asmundson GJ. Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: requisites of the fundamental fears? *Behav Res Ther* 2007; **45**: 2307-2316.

40. Mavissakalian MR, Zamar N. Generalized anxiety disorder versus panic disorder: participation in controlled efficacy trials. *Compr Psychiatry* 2000; **41**: 253-258.
41. Chartier-Otis M, Perreault M, Bélanger C. Determinants of barriers to treatment for anxiety disorders. *Psychiatr Q* 2010; **81**: 127-138.
42. Roberge P, Fournier L, Menear M, Duhoux A. Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Can Psychol* 2014; **55**: 60-67.

Table 1. Sociodemographic and clinical characteristics of the total sample and the separate treatment groups

Characteristics	Total sample (n = 123)	Conventional CBT (n = 69)	Combined CBT (n = 54)	Statistic	p
Mean age (SD)	35.01 (12.17)	34.25 (11.26)	35.98 (13.29)	2.58†	0.44
Female, no. (%)	101 (82%)	59 (86%)	42 (78%)	1.23‡	0.27
Education, no. (%)				0.40‡	0.82
≤ High school	35 (28%)	21 (30%)	14 (26%)		
College	38 (31%)	20 (29%)	18 (33%)		
University	50 (41%)	28 (41%)	22 (41%)		
Work status, no. (%)				2.11‡	0.35
Full time	59 (48%)	35 (51%)	24 (44%)		
Part time	31 (25%)	19 (27%)	12 (22%)		
Unemployed	33 (27%)	15 (22%)	18 (33%)		
Income ^a , no. (%)				6.98‡	0.07
Less than \$29,000	46 (38%)	29 (43%)	17 (31%)		
30,000 to \$59,000	35 (29%)	19 (28%)	16 (30%)		
60,000 to \$89,000	22 (18%)	7 (10%)	15 (28%)		
\$90,000 and over	18 (15%)	12 (18%)	6 (11%)		
ADIS-IV PDA, M (SD)	5.72 (1.10)	5.61 (1.14)	5.87 (1.05)	1.31†	0.19
ADIS-IV GAD, M (SD)	5.74 (0.99)	5.83 (1.00)	5.63 (0.98)	0.10†	0.28
Other AXIS I comorbid disorders, no. (%)				4.32‡	0.12
None	64 (52%)	41 (59%)	23 (43%)		
One	43 (35%)	22 (32%)	21 (39%)		
Two or more	16 (13%)	6 (9%)	10 (18%)		
Medication intake, no. (%)				0.58‡	0.45
No	59 (48%)	31 (45%)	28 (52%)		
Yes	64 (52%)	38 (55%)	26 (48%)		

Note: CBT = cognitive-behavioral therapy; M = mean; SD = standard deviation; AVIS-IV = Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV; PDA = panic disorder with agoraphobia; GAD = generalized anxiety disorder; ^an = 121 participants in the total sample, n = 67 in the conventional CBT group; † = t-test; ‡ = chi-square test.

Table 2. *Direct and indirect mental health-related costs (CAD\$) associated with PDA-GAD (or GAD-PDA) comorbidity over a three-month period (for the total sample) and by treatment groups (at pre-test)*

Measures M (SD)	Total sample (n = 123)	Conventional CBT (n = 69)	Combined CBT (n = 54)	Statistic	p
Total direct costs	252.12 (290.95)	244.40 (299.72)	261.97 (280.92)	0.10	0.76
GP*	48.46 (78.62)	39.14 (66.23)	60.36 (91.34)	0.87	0.38
Specialist	26.17 (68.00)	34.80 (76.24)	15.14 (54.46)	3.33	0.07
Other health professionals	93.64 (181.29)	75.32 (161.35)	117.05 (203.11)	0.04	0.85
Medication	83.85 (149.96)	95.15 (180.00)	69.42 (99.07)	0.58	0.45
Total indirect costs	1,361.29 (1,493.30)	1,397.47 (1,340.54)	1,315.07 (1,680.35)	1.80	0.18
Visit-related time waste	58.78 (115.73)	51.07 (89.71)	68.64 (142.58)	0.02	0.90
Absenteeism^a	529.00 (1,382.15)	582.47 (1,551.29)	448.78 (1,096.61)	0.12	0.73
Presenteeism^a	1,820.56 (1,459.89)	1,821.60 (1,259.13)	1,869.65 (1,713.38)	2.43	0.12
Total costs	2,000.48 (2,069.62)	2,097.72 (2,116.19)	1,876.23 (2,021.38)		0.64†

Note: M = mean; SD = standard deviation; CBT = cognitive-behavioral therapy; GP = general practitioner (*including visits to the emergency department); ^a Only employed participants were included (n = 90).

Statistics: Pearson's chi-square test was performed to assess significant differences in the presence/absence of costs between the two treatment groups. † = Fisher's exact test significance is reported.

Table 3. Number and percentage (%) of participants (completers) with mental health-related costs at each time period; both treatment conditions included

Measures	Pre-test (n = 87)	Post-test (n = 87)	3-month follow-up (n = 81)	6-month follow-up (n = 77)	One-year follow-up (n = 69)
Total direct costs	69 (79%)	45 (52%)	40 (49%)	39 (51%)	39 (57%)
GP*	39 (45%)	16 (18%)	10 (12%)	14 (18%)	13 (19%)
Specialist	12 (14%)	5 (6%)	4 (5%)	2 (3%)	4 (6%)
Other health professionals	43 (49%)	12 (14%)	15 (19%)	17 (22%)	16 (23%)
Medication	40 (46%)	33 (38%)	30 (37%)	28 (36%)	26 (38%)
Total indirect costs	80 (92%)	57 (66%)	46 (57%)	43 (56%)	33 (48%)
Visit-related time waste	61 (70%)	28 (32%)	25 (31%)	25 (32%)	24 (35%)
Absenteeism ^a	34 (54%)	24 (34%)	19 (29%)	16 (25%)	11 (20%)
Presenteeism ^a	53 (85%)	36 (50%)	27 (39%)	30 (46%)	20 (37%)
Total costs	83 (95%)	66 (76%)	54 (67%)	53 (69%)	44 (64%)

Note: Only the data of the participants who completed treatment are presented in this table; GP = general practitioner (*including visits to the emergency department); ^a Only employed participants were included.

CHAPITRE IV

DISCUSSION GÉNÉRALE

Le présent chapitre se compose de six sections. La première partie présente un résumé ainsi qu'une interprétation des principaux résultats obtenus dans les deux études empiriques. Une deuxième section porte sur les implications cliniques qui découlent des résultats rapportés. Une autre section aborde les forces ainsi que les limites méthodologiques du projet de recherche. Les sections suivantes proposent des pistes de recherches futures, ainsi que des avenues envisagées afin d'effectuer le transfert de connaissances auprès de la communauté scientifique, clinique, de la santé publique et de la population. Le chapitre se termine par une conclusion générale.

4.1 La synthèse et l'interprétation des principaux résultats

La présente recherche doctorale s'intéresse aux variables cliniques et économiques reliées au traitement de la comorbidité du TPA et du TAG. Dans un contexte où les ressources économiques du système de santé sont très limitées, il devient essentiel de cibler les traitements les plus profitables au niveau de la réduction de la symptomatologie et de l'investissement financier nécessaire pour traiter efficacement ces troubles. Quatre objectifs ont été ciblés dans cette thèse : 1) examiner si la TCC combinée et adaptée à la comorbidité du TPA et du TAG présente un ratio coûts-efficacité plus avantageux que la TCC conventionnelle appliquée pour le trouble primaire seulement (TPA ou TAG) ; 2) estimer, selon une perspective sociétale, les

coûts directs et indirects reliés à la santé mentale pour la présence de comorbidité du TPA et du TAG ; 3) observer s'il y a une réduction de ces coûts à la suite de l'application de l'une ou de l'autre modalité d'intervention; et 4) évaluer si l'une des deux modalités de TCC mène à une réduction des coûts plus importante que l'autre.

4.1.1 Est-ce que la TCC combinée présente un ratio coûts-efficacité plus avantageux que la TCC conventionnelle ?

Les résultats présentés dans le premier article démontrent que la TCC combinée et adaptée à la comorbidité du TPA et du TAG ne semble pas significativement plus avantageuse que la TCC conventionnelle (pour le trouble primaire seulement), et ce, tant au niveau clinique qu'économique. Ces deux modalités d'intervention ont été comparées à l'aide d'un calcul du ratio coûts-efficacité incrémental (RCEI). L'obtention du RCEI s'effectue en utilisant l'équation suivante : $(\text{coût de la TCC combinée} - \text{coût de la TCC conventionnelle}) / (\text{efficacité de la TCC combinée} - \text{efficacité de la TCC conventionnelle})$ (Drummond et al., 2015). Le RCEI obtenu à l'évaluation post-traitement (T1) est de -56,25\$. Ce résultat indique que le traitement combiné coûte 56,25\$ de moins que le traitement conventionnel pour chaque point d'amélioration sur l'Index de fonctionnement global (IFG). L'IFG représente la mesure d'efficacité du traitement en tenant compte de la diminution de la symptomatologie clinique du TPA et du TAG. Ainsi, pour qu'un participant acquière un point de plus sur l'échelle de 0 à 6 de l'IFG (p. ex., passe d'un score de 4, qui représente un niveau de fonctionnement modéré, à un score de 5, qui représente un niveau de fonctionnement élevé), il lui en coûtera 56,25\$ de plus s'il reçoit la modalité de TCC conventionnelle comparativement à la modalité de TCC combinée. Il ne s'agit pas d'un montant notable puisqu'il ne couvre pas même le prix d'une séance supplémentaire de psychothérapie. Dans la présente étude, le prix d'une

séance de thérapie était fixé à 85\$, en se basant sur les tarifs suggérés par l'OPQ en 2011. Par ailleurs, l'application d'une procédure *Bootstrap* a permis d'obtenir des intervalles de confiance (IC) de 95% pour les RCEI à chaque temps de mesure. Ainsi, pour le RCEI obtenu au post-test (-56,25\$), les IC s'étalent de -570,18 \$ à 599,50\$. Cela veut dire que la reproduction des résultats pourrait avantager à un moment le traitement combiné avec un ICER de -570,18\$ et à un autre moment le traitement conventionnel avec un ICER de 599,50\$. Aux suivis de trois, six et 12 mois, de très grands IC ont également été associés aux RCEI rapportés. Ces résultats illustrent une très grande variabilité entre les données, en favorisant tantôt une modalité tantôt l'autre, ce qui ne permet pas de conclure que la TCC combinée est supérieure à la TCC conventionnelle pour le TPA ou pour le TAG seulement. L'hypothèse de recherche selon laquelle la modalité combinée présentera un ratio coûts coûts-efficacité plus avantageux que la modalité conventionnelle n'est donc pas confirmée.

Qui plus est, il a été observé que pour un coût équivalent d'environ 1 600\$ en moyenne pour les 14 séances d'intervention, les deux modalités de TCC engendrent une amélioration clinique similaire. Le score moyen de l'IFG au post-test est de 4,45 dans la condition de TCC combinée et de 4,13 dans la condition de TCC conventionnelle; ce qui ne s'avère pas une différence significative entre les deux modalités. Cela veut dire qu'en moyenne les participants ont atteint des scores semblables à ceux d'une population non clinique sur au moins quatre mesures de symptomatologie sur six. Plus de la moitié des participants de chaque condition de traitement présentent un niveau de fonctionnement élevé à la fin du traitement, de même qu'aux suivis de trois, six et douze mois. Donc, de façon similaire, la TCC combinée et la TCC conventionnelle engendrent une réduction de la symptomatologie du TPA et du TAG qui se maintient dans le temps.

Les résultats de ce premier volet de la recherche suggèrent qu'il ne semble pas plus avantageux cliniquement et économiquement de traiter simultanément le TPA et le TAG comparativement au fait de traiter seulement le trouble primaire. À ce jour, aucune autre étude d'évaluation économique n'a porté sur la comparaison de modalités de traitement pour traiter la comorbidité du TPA et du TAG. À notre connaissance, une seule étude s'est intéressée à l'effet d'incorporer des stratégies d'intervention visant à traiter la comorbidité associée à un TPA primaire. Toutefois, il ne s'agit pas d'une évaluation économique puisque seuls les effets cliniques ont été analysés. Craske et ses collaborateurs (2007) ont évalué s'il était plus bénéfique au cours d'une TCC de groupe de 12 séances pour le TPA d'ajouter une séance individuelle supplémentaire à toutes les deux semaines (6 séances supplémentaires au total), avec l'objectif de consolider les stratégies thérapeutiques apprises en groupe, comparativement au fait d'ajouter des séances individuelles supplémentaires, mais visant à traiter le trouble comorbide le plus sévère. Le TAG s'est révélé le trouble secondaire le plus important chez 44% des participants de cette recherche. Les résultats obtenus suggèrent qu'il serait cliniquement plus bénéfique de faire porter l'intervention sur le traitement du TPA seulement. Malgré les limites méthodologiques et le fait que le nombre de séances accordées au traitement de la comorbidité dans cette étude est largement inférieur au nombre de séances consacrées au traitement du TPA, ces résultats appuient également les résultats de la présente recherche qui concluent que l'intégration de stratégies pour traiter simultanément la comorbidité ne semble pas plus avantageuse.

4.1.1.1 Comment expliquer la concordance au niveau clinique et économique des deux modalités d'intervention?

À la lumière des résultats obtenus, il semble pertinent de se questionner sur les facteurs explicatifs de la similitude clinique et économique des deux modalités d'intervention. Pourquoi le fait de ne traiter que le trouble primaire mène-t-il à des bénéfices thérapeutiques et à des coûts similaires au fait de traiter conjointement les deux troubles en combinant et en adaptant les stratégies thérapeutiques reconnues pour chacun de ces troubles? La ressemblance au niveau des coûts est plus facilement justifiable étant donné que les deux modalités de TCC comprenaient le même nombre de séances. Toutefois, la ressemblance au niveau de l'efficacité clinique peut se justifier à partir de plusieurs prémisses.

Une explication possible se situe au niveau de la généralisation des acquis thérapeutiques (Borkovec, Abel et Newman, 1995). En ce sens, les participants ayant bénéficié de stratégies thérapeutiques pour leur trouble primaire seulement parviendraient à utiliser les mêmes stratégies d'intervention pour les appliquer comme auto-traitement pour le trouble secondaire associé. Par exemple, les participants pourraient utiliser certaines stratégies de gestion des inquiétudes que l'on retrouve dans le traitement du TAG (p. ex. restructuration cognitive, stratégies d'exposition à l'incertitude) pour les aider à résoudre certaines difficultés liées au TPA (p. ex. catastrophisation des conséquences de la panique et exposition aux situations appréhendées). Aussi, les stratégies d'intervention appliquées au TPA (p. ex. exposition aux sensations craintes et situations évitées) peuvent favoriser la gestion de certaines difficultés liées au TAG (p. ex. exposition aux comportements d'évitement associés à l'intolérance à l'incertitude).

En outre, certains auteurs ont suggéré que le TPA et le TAG partagent des facteurs de vulnérabilité communs en ce qui a trait à leur développement et à leur maintien, comme le concept d'intolérance, un biais d'interprétation négative face aux situations ou sensations ambiguës, ainsi qu'une gestion des réactions émotionnelles par des

stratégies d'évitement (Beesdo-Baum et al., 2012; Labrecque et al., 2006 ; Olthuis et al., 2012). Il est possible que les stratégies qui ciblent ces facteurs de vulnérabilité partagés puissent produire des effets bénéfiques sur les processus émotionnels, cognitifs et comportementaux qui sont habituels chez les participants avec ces deux troubles (McManus, et al., 2010). Par exemple, les stratégies d'exposition qui visent une augmentation de la tolérance à l'incertitude chez les participants qui ont reçu la TCC conventionnelle pour le TAG pourraient également engendrer une augmentation de la tolérance aux sensations physiques pour le TPA, même si ce trouble n'a pas été abordé. Qui plus est, il est probable que la diminution de l'anxiété reliée au trouble primaire puisse atténuer les manifestations anxieuses du trouble cooccurrent également (Borkovec et al., 1995), particulièrement lorsque certaines caractéristiques symptomatologiques sont partagées comme c'est le cas dans le TPA et le TAG.

Ces suppositions pourraient possiblement permettre de mieux comprendre la réduction de la symptomatologie du trouble secondaire, même lorsque celui-ci n'est pas traité, tel qu'observé dans notre présente étude. Cette observation semble soutenue dans les écrits scientifiques portant sur le traitement du TPA ou du TAG où une diminution significative de la sévérité des troubles cooccurrents est également rapportée même lorsque ceux-ci ne sont pas traités (Allen et al., 2010; Borkovec et al., 1995; Craske et al., 2007; Provencher et al., 2006; Tsao et al., 2002). Ce constat pourrait permettre d'expliquer en partie la similarité entre l'efficacité clinique de la TCC combinée en comparaison avec la TCC conventionnelle rapportée dans notre première étude.

Toutefois, il est important de mentionner que, dans la présente étude, il y avait très peu de participants qui présentaient un TPA ou un TAG d'intensité sévère lors de l'évaluation pré-traitement. En moyenne, l'intensité du diagnostic initial de TPA était de 5,75 (*ÉT* : 1,08) et de 5,71 (*ÉT* : 1,01) pour le TAG. Ces scores représentent un

niveau de dysfonctionnement modéré selon l'échelle de 0 à 8 de l'*ESTA-IV*. Si l'échantillon avait regroupé des individus avec un niveau sévère de dysfonctionnement basé sur l'intensité de leurs symptômes, il serait possible que la TCC conventionnelle puisse avoir eu des effets plus limités sur la symptomatologie du trouble secondaire. Dans un tel cas, des séances supplémentaires pour traiter le trouble secondaire auraient peut-être été nécessaires, ce qui aurait possiblement généré des coûts additionnels. Cette supposition permet de postuler que le RCEI aurait probablement été modifié en présentant potentiellement un plus grand avantage pour la TCC combinée. Cette hypothèse doit toutefois être vérifiée dans des études ultérieures.

4.1.2 Les coûts de la santé mentale associés à la comorbidité du TPA et du TAG

Le deuxième objectif de ce programme de recherche consistait à estimer, selon une perspective sociétale, les coûts directs et indirects reliés à la santé mentale pour la présence de la comorbidité TPA-TAG (ou TAG-TPA). Lors de l'évaluation initiale, le coût total moyen par participant était de 2 000,48\$ ($\acute{E}T = 2\ 069,62\$$) sur une période de trois mois. Les coûts directs représentaient en moyenne 252,12\$ ($\acute{E}T = 290,95\$$) par participant au cours de cette période. Les coûts reliés aux consultations chez les professionnels de la santé autres que les médecins (p. ex. psychologues, psychothérapeutes, travailleurs sociaux, infirmières cliniciennes, massothérapeutes) ont contribué pour une grande proportion de ces coûts. Les coûts reliés à la médication psychotrope (ISRS, ISRSN, antidépresseurs tricycliques, benzodiazépines et neuroleptiques) ont également contribué pour une bonne proportion du total des coûts directs. En effet, environ la moitié des participants (52%) bénéficiaient d'une pharmacothérapie lors du pré-test. En ce qui concerne les visites médicales, les participants avaient davantage tendance à consulter les médecins généralistes

(incluant des visites à l'urgence) que les spécialistes. Cette observation concorde avec les observations à cet effet rapportées dans les écrits scientifiques (Lépine, 2002; Roberge et al., 2004; 2015). Il est à noter que ce sont principalement les visites chez les psychiatres qui ont été considérées dans la catégorie « médecins spécialistes, » ainsi que quelques consultations chez les cardiologues lorsque le motif de consultation était clairement identifié par le participant comme étant relié à la santé mentale (peur d'avoir une pathologie cardiaque en lien avec l'anxiété). Aucune hospitalisation pour des motifs de santé mentale n'a été rapportée par les participants de cette étude. Ce résultat apparaît inusité comparativement à d'autres études des coûts de la santé portant sur le TPA ou sur le TAG où les hospitalisations étaient responsables d'une proportion importante des coûts rapportés (Rovira et al., 2012; Salvador-Carulla et al., 1995; Sandelin et al., 2013; Souëtre et al., 1994). L'absence d'hospitalisation chez les participants de la présente étude pourrait possiblement être reliée au fait que ces derniers rapportaient un niveau de dysfonctionnement modéré et qu'il y avait conséquemment absence de risque suicidaire; ce qui est généralement un motif d'hospitalisation en psychiatrie. Aussi, dans les autres études sur les coûts de la santé, il n'est pas clarifié si les coûts reliés aux hospitalisations étaient dus aux problèmes de santé physique ou de santé mentale.

En ce qui a trait aux coûts indirects, ils étaient en moyenne de 1 361,29\$ (ÉT = 1 493,30\$) par participant au cours de la période de trois mois précédant le début du traitement. Il s'agit d'un montant nettement supérieur aux coûts directs; cette donnée semble similaire aux résultats observés dans d'autres études sur les coûts de la santé (Batelaan et al., 2007; DuPont et al., 1996; Rovira et al., 2012; Salvador-Carulla et al., 1995). Les coûts indirects sont majoritairement attribuables à l'absentéisme et au présentéisme (baisse de productivité) au travail. Cela appuie le fait que le TPA et le TAG, particulièrement lorsqu'ils sont comorbides, engendrent un dysfonctionnement au niveau professionnel et conséquemment un fardeau économique considérable

(Park et al., 2014; Revicki et al., 2012). D'ailleurs, il est à noter que les coûts d'absentéisme et de présentéisme ont seulement été calculés pour les participants qui étaient en emploi. Si les coûts associés aux participants sans emploi, qui représentent 27% de l'échantillon, avaient aussi été considérés, le montant rapporté pour les coûts indirects aurait été supérieur.

Il demeure difficile de comparer directement les coûts estimés dans la présente étude aux coûts rapportés dans les études antérieures sur les coûts de la santé puisque celles-ci ne portaient pas sur la comorbidité spécifique du TPA et du TAG. De plus, la comparaison s'avère limitée en raison de choix méthodologiques différents (catégories de coûts incluses, considération de consultations reliées à la santé physique indifférenciées des consultations reliées à la santé mentale, période de temps couverte, année tarifaire, etc.). Néanmoins, les résultats démontrent que la comorbidité du TPA et du TAG est associée à des coûts sociétaux non négligeables, résultant notamment d'un fonctionnement amoindri au niveau de la sphère professionnelle, d'une utilisation accrue de services de santé mentale et d'une consommation importante de psychotropes. Il est à noter toutefois que les écarts-types associés aux moyennes des coûts rapportés dans chaque catégorie illustrent une grande disparité dans les coûts selon les participants. Il semblerait que certains participants seraient de plus grands consommateurs de services de santé mentale que d'autres qui n'en consomment très peu ou pas du tout. Ce constat avait également été soulevé dans l'étude de Leon et ses collaborateurs (1997). Il est possible que ces utilisateurs qui engendrent plus de coûts possèdent des caractéristiques sociodémographiques ou cliniques particulières. Mieux évaluer leurs besoins spécifiques au niveau du traitement de même que leur cheminement d'utilisation des services pourrait permettre d'identifier les secteurs du système de santé susceptibles de bénéficier d'améliorations au niveau de la dispensation des soins.

4.1.3 Réduction des coûts de la santé mentale suite aux deux modalités de TCC

Le deuxième volet de la recherche, présenté au chapitre III, avait également pour objectif de déterminer s'il y avait une réduction des coûts de la santé mentale après l'administration de la TCC, puis d'observer si l'une des modalités entraînait une réduction des coûts plus importante que l'autre. L'analyse de la réduction des coûts a d'abord été conduite sur les individus qui ont complété le traitement (n = 87). Elle a ensuite été appuyée par les analyses selon l'intention de traiter (« *intent-to-treat* ») en considérant aussi les données des participants qui ont abandonné en cours de thérapie (n = 36) afin de contrôler le biais dû à l'attrition ; ce dernier n'étant pas indépendant de la réponse thérapeutique. Les résultats demeurent similaires dans les deux cas, ce qui permet d'appuyer avec plus de justesse l'impact de la TCC sur la réduction des coûts.

Les résultats démontrent d'abord qu'indépendamment de la modalité d'intervention qu'ils ont reçue, les participants de la présente étude rapportent une réduction significative des coûts reliés à la santé mentale à la suite du traitement. Une diminution des coûts directs, indirects et totaux est observée sur l'ensemble de l'échantillon, et cette diminution se maintient jusqu'au suivi de 12 mois. Alors qu'au pré-test seulement 5% des participants n'avaient aucun coût relié à la santé mentale qui leur était associé, après 14 séances de TCC ce pourcentage a atteint 24%. Aux suivis de trois et six mois, il était de 33% et de 31% respectivement. Au suivi de 12 mois, 36% des participants n'engendraient aucun coût relié à la santé mentale. Il s'agit ici d'une réduction des coûts qui est significative entre le pré-test et le post-test et qui se maintient ensuite dans le temps. D'ailleurs, la réduction significative quant à la présence versus absence de coûts a été observée dans toutes les sous-catégories de coûts (p. ex. consultations auprès des médecins généralistes, des

médecins spécialistes et des autres professionnels de la santé ; prise de psychotropes ; déplacements reliés aux rendez-vous ; absentéisme et présentéisme au travail).

En ce qui a trait aux coûts directs, lors de l'évaluation initiale 79% des participants en rapportaient, comparativement à 52% au post-test, puis 49% au suivi de trois mois. Ce résultat démontre qu'il y a une importante réduction dans la fréquence des consultations chez différents professionnels de la santé suite à la TCC. En ce qui a trait à la médication, la réduction significative entre le pré-test (46%) et le post-test (38%) est due à la cessation chez quelques participants ($n = 7$) de la prise d'anxiolytiques (benzodiazépines) qui étaient prescrits au besoin. Outre cela, la prise de psychotropes est demeurée stable, conformément à ce qui avait été demandé aux participants lors de leur intégration dans l'étude.

En ce qui a trait aux coûts indirects, ils ont également diminué de façon significative. Au pré-test, 92% des participants rapportaient ce type de coûts, alors qu'au post-test il y en avait 66% ainsi que 48% au suivi de 12 mois. Donc suite à la TCC, le nombre de participants qui engendraient des coûts reliés à la baisse de productivité et à l'absentéisme au travail a significativement été réduit et maintenu dans le temps. Il semble que cette psychothérapie puisse contribuer à l'amélioration du fonctionnement professionnel des individus avec un TPA et un TAG. Une meilleure gestion de l'anxiété pourrait favoriser une meilleure disposition chez ces derniers à se présenter au travail et à accomplir leurs tâches avec plus d'efficacité.

Les analyses subséquentes visant à comparer les deux modalités d'intervention ont démontré que la TCC combinée et adaptée à la comorbidité, tout comme la TCC conventionnelle pour le trouble primaire seulement, ont mené à des diminutions significatives et similaires, et ce, à tous les temps de mesure et dans toutes les

catégories de coûts. Il n'y a donc pas de différence significative entre les modalités de traitement sur la réduction des coûts.

Les résultats de la présente étude appuient les observations des études précédentes qui ont porté sur la réduction des coûts de la santé à la suite d'une TCC pour le TPA seulement (Poirier-Bisson et al., 2013; Roberge et al., 2005). Nos résultats permettent de constater également qu'une TCC pour le TAG seulement, de même qu'une TCC qui aborde la comorbidité spécifique du TAG et du TPA, engendrent une réduction des coûts directs et indirects reliés à la santé mentale; ce qu'aucune étude antérieure n'avait évalué à notre connaissance. Il semble donc que le fait de recevoir une TCC spécialisée pour le TPA, le TAG ou le traitement simultané de ces deux troubles, réduit de manière significative la fréquence des consultations chez les professionnels de la santé, de même que le fardeau économique associé à l'absentéisme et la baisse de productivité au travail.

Il a précédemment été démontré que les deux modalités de TCC engendraient de façon similaire une réduction de la symptomatologie du TPA et du TAG. Il semblerait que les individus avec une symptomatologie réduite ou absente auraient moins besoin de consulter différents professionnels de la santé et présenteraient un meilleur rendement au travail; ce qui diminuerait de façon conséquente le fardeau économique associé à la comorbidité de ces troubles. Ce postulat se trouve appuyé par l'analyse exploratoire qui a été conduite auprès des 87 sujets ayant complété le traitement. Cette analyse a démontré une corrélation positive ($r(87) = 0.29, p < 0.01$) entre la réduction des coûts totaux reliés à la santé mentale et la réduction de l'intensité des diagnostics de TPA et de TAG sur l'échelle de l'*ESTA-IV* entre le pré-test et le post-test. Il semble donc que la TCC pour le TPA, pour le TAG ou pour ces deux troubles traités conjointement, présente non seulement des bénéfices cliniques,

mais aussi des avantages économiques en réduisant les coûts sociétaux associés aux problématiques de santé mentale.

4.2 Considérations cliniques

4.2.1 Favoriser l'accessibilité à des traitements psychologiques

Dans un contexte de réorganisation des services de santé au Québec établi par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, plusieurs questions économiques, de même que des questions relatives à l'accessibilité des services sont soulevées. Dans le secteur de la santé mentale plus particulièrement, les préoccupations quant aux compressions budgétaires et aux listes d'attente représentent des enjeux importants. Des questions cliniques concernant les services offerts de même que la durée de ces services se posent. L'objectif consiste à favoriser l'accès aux traitements les plus efficaces et les plus avantageux financièrement.

En documentant le fait que la TCC conventionnelle pour le TPA ou le TAG primaire, tout comme une TCC combinée et adaptée à leur comorbidité spécifique, s'avère non seulement efficace au niveau de la réduction de la symptomatologie, mais également au niveau de la réduction du fardeau économique associé à ces troubles, la présente étude contribue à sensibiliser et à aider les décideurs, les gestionnaires et les cliniciens œuvrant au sein du système de santé à faire des choix éclairés afin de favoriser l'accès à des services de qualité et efficaces. Les deux modalités de TCC de la présente étude ont mené à l'obtention de résultats cliniques et économiques encourageants. Ainsi, il peut être opportun de soutenir l'application de la TCC conventionnelle ou combinée dans le traitement du TPA et du TAG en augmentant notamment l'accès à des formations aux professionnels de la santé mentale autorisés

à exercer la psychothérapie. Par exemple, le fait chez ces derniers de connaître les principes pouvant sous-tendre les stratégies d'intervention spécifiques à ces troubles leur permettrait d'enseigner à leurs patients des outils pour devenir plus fonctionnels en diminuant par exemple leurs comportements d'évitement. Assurer une meilleure prise en charge des patients avec un TPA et un TAG en leur offrant des traitements éprouvés et documentés permettrait non seulement de réduire leur détresse et leur dysfonctionnement, mais aussi les nombreuses consultations auprès de différents professionnels de la santé.

Favoriser l'accessibilité à la psychothérapie dans les services privés (p. ex. cabinets privé, programmes d'aide aux employés) s'avère également une considération importante. D'ailleurs, sachant que plusieurs individus aux prises avec un TPA et un TAG concomitants et non traités présentent de l'absentéisme et une baisse de productivité au travail, ce qui engendre des coûts indirects importants, il serait avantageux pour les compagnies d'assurance d'offrir des régimes de remboursement pour les services psychologiques qui couvrent un minimum de 15 séances. D'une part, de tels régimes pourraient compenser l'obstacle à l'accessibilité d'une psychothérapie en limitant les coûts que doivent déboursier les individus directement. D'autre part, en ayant accès à des traitements couverts et éprouvés comme la TCC, les individus présentant une comorbidité TPA-TAG auront davantage de chance de retrouver un fonctionnement professionnel satisfaisant. Cela aurait notamment comme conséquence de réduire les coûts associés à l'absentéisme et la baisse de productivité au travail; ce qui s'avère également bénéfique pour les employeurs.

4.2.2 Quelle serait la modalité d'intervention à privilégier pour traiter les troubles comorbides?

Sachant que les cliniciens, particulièrement ceux qui travaillent dans le réseau de la santé publique, sont souvent confrontés à faire un choix concernant l'intervention à appliquer dans le traitement de troubles comorbides, les résultats obtenus dans le cadre de la présente thèse contribuent à fournir des pistes de réflexion intéressantes à ce sujet. Après d'une clientèle aux prises avec un TPA et un TAG cooccurrents, quelle modalité d'intervention serait à privilégier ; la TCC conventionnelle pour le trouble primaire ou la TCC combinée et adaptée à la comorbidité ?

La recommandation clinique, basée sur les résultats de la présente étude, serait de favoriser le traitement du trouble primaire dans les cas où le trouble secondaire n'engendre pas d'interférence majeure dans le fonctionnement de l'individu ni dans l'application des stratégies thérapeutiques pour le trouble primaire. Tel que mentionné, les participants ayant pris part au projet présentaient en moyenne une intensité des symptômes modérée pour les diagnostics de TPA et de TAG. Il a ainsi été possible de traiter efficacement le trouble primaire et d'observer également une diminution dans la symptomatologie du trouble secondaire. Lorsque le niveau de dysfonctionnement initial est de faible à modéré, il pourrait être plus facile d'intégrer les stratégies thérapeutiques et de les généraliser aux difficultés émanant d'un trouble concomitant.

Dans les cas où le trouble secondaire se présenterait avec une intensité très sévère pouvant considérablement nuire au fonctionnement de l'individu ou au processus thérapeutique, le traitement combiné pourrait être plus favorable. Ainsi, des stratégies diversifiées, adaptées et complémentaires permettraient de faciliter l'intégration des principes thérapeutiques qui s'appliquent aux deux troubles. Dans le traitement combiné et adapté, la séance consacrée à la psychoéducation concerne le TPA et le TAG. Cela permet ainsi à l'individu de mieux comprendre dès le départ les facteurs communs au maintien de ces deux troubles. Puis, comme les stratégies de

restructuration cognitive sont appliquées en alternance pour chacun des troubles, cela incite l'individu à travailler plus longuement afin de restructurer ses croyances erronées, tant vis-à-vis la panique que face à l'incertitude. Enfin, les stratégies d'exposition qui sont également appliquées pour le TPA et pour le TAG peuvent favoriser plus facilement la généralisation des principes d'habituation pour les situations anxiogènes. Lorsque la sévérité du trouble secondaire est très importante, il peut donc être très aidant de pratiquer concrètement les stratégies applicables au trouble secondaire, plutôt que de prendre pour acquis que le patient va généraliser les stratégies apprises dans le traitement spécifique du trouble primaire seulement. Même s'il n'y a pas eu de différence significative dans l'efficacité des deux modalités de traitement dans notre étude, il n'en demeure pas moins que les participants ayant reçu la TCC combinée et adaptée acquièrent tout de même plus d'outils thérapeutiques pour faire face à leur trouble secondaire.

Cela étant dit, les préférences personnelles des patients quant à la priorité du trouble à traiter demeurent également importantes à considérer. Il est notamment pertinent de vérifier leurs objectifs et attentes face au traitement. Dans la présente recherche, 36 participants ont abandonné le traitement en cours de route, dont 17 pour une raison inconnue, 16 par manque de temps et trois car la thérapie était trop exigeante selon eux. Il n'y a pas de différence au niveau du taux d'abandon selon la modalité de thérapie reçue. Il a par ailleurs été rapporté que la seule différence entre les participants qui ont complété la thérapie et ceux qui l'ont abandonnée réside dans le fait que les derniers avaient significativement plus tendance à consommer des médicaments psychotropes. Il se pourrait que les attentes d'efficacité des participants qui ont abandonné la TCC aient été davantage orientées vers la médication, une modalité d'intervention moins exigeante au niveau de l'implication que la psychothérapie. Les attentes thérapeutiques ont notamment un impact sur l'engagement des individus dans le processus thérapeutique et sur leur mobilisation

face au changement. Il est donc primordial de discuter de la modalité, des attentes et du cadre thérapeutique avec les patients. Une TCC de 14 séances avec différentes stratégies peut s'avérer trop ardue et complexe pour certains patients. Parallèlement, pour d'autres patients qui présentent encore des symptômes ou une sévérité des troubles plus sévères, une durée de thérapie plus longue pourrait être plus souhaitable.

4.2.2.1 Vers un traitement transdiagnostique ?

Il a été documenté qu'un trouble anxieux se présente fréquemment en comorbidité avec un autre trouble anxieux ou un trouble de l'humeur. Dans notre échantillon, en sus de leur double diagnostic de TPA et de TAG, 48% des participants avaient au moins un autre trouble en comorbidité. Les diagnostics les plus fréquents étaient le trouble d'anxiété sociale (TAS, 42%), la phobie spécifique (PS, 17%) et le trouble dépressif majeur (TDM, 17%). Notre recherche appuie le fait qu'un traitement conventionnel centré spécifiquement sur le trouble primaire s'avère efficace cliniquement et économiquement. Elle démontre également qu'un traitement combiné et adapté à la comorbidité des deux troubles les plus sévères (TPA et TAG) s'avère tout aussi avantageux. Toutefois, considérant l'ampleur de la comorbidité pour les troubles anxieux, le fait qu'ils partagent plusieurs facteurs de vulnérabilité et de maintien en commun et le fait que les protocoles de traitement peuvent s'avérer multiples et complexes, de plus en plus d'études s'intéressent à évaluer la pertinence d'un traitement « transdiagnostique » (ou « unifié ») pour traiter les troubles émotionnels, soit les troubles anxieux et les troubles dépressifs (Barlow, Allen et Choate, 2004; McEvoy, Nathan et Norton, 2009). Un tel traitement se base sur trois composantes thérapeutiques fondamentales qui visent à : 1) travailler les appréhensions cognitives qui génèrent l'anxiété; 2) prévenir l'évitement émotionnel; et 3) encourager les actions qui ne sont pas influencées par la dysrégulation

émotionnelle (p. ex., cesser l'évitement comportemental) (Barlow et al., 2004). Un tel traitement semble efficace et prometteur pour la réduction de la symptomatologie anxieuse. Toutefois, d'autres études sont nécessaires pour appuyer son efficacité notamment en comparaison avec un traitement conventionnel basé sur un diagnostic spécifique (McEvoy et al., 2009; McManus et al., 2010). De telles études de comparaison pourraient permettre d'éclairer davantage les décisions quant à la modalité d'intervention à privilégier pour les troubles comorbides.

4.2.3 Applicabilité des résultats selon la perspective du DSM-5

Enfin, il semble nécessaire de mentionner que bien que cette étude ait été réalisée en se référant au DSM-IV-TR (APA, 2000), les résultats obtenus demeurent pertinents et applicables aux changements nosologiques du DSM-5 (APA, 2013). Si l'étude avait été menée en référence au DSM-5, le seul changement impliquerait le dénombrement de troubles comorbides. Considérant que le TP et l'agoraphobie sont dans le DSM-5 deux diagnostics distincts, les participants de la présente étude seraient, selon cette nouvelle nosologie, diagnostiqués avec trois troubles cooccurrents (TP, agoraphobie et TAG) plutôt que deux (TPA et TAG). L'intervention ne nécessiterait toutefois pas de changement puisque les stratégies pour ces troubles sont déjà incluses dans les protocoles de traitement et demeurent identiques dans le traitement du TP et de l'agoraphobie.

4.3 Considérations méthodologiques

4.3.1 Forces du projet de recherche

Le présent projet de recherche comporte plusieurs aspects novateurs. D'abord, il s'agit d'une première étude, à notre connaissance, qui compare les coûts et l'efficacité de deux modalités d'intervention dans le traitement d'un TPA et d'un TAG comorbides. Dans les coûts de traitements, en plus des frais associés à la rémunération du thérapeute (coûts directs), les coûts indirects sont également comptabilisés (p. ex., défraiement du moyen de transport, temps de déplacement). Bien qu'il s'agisse d'une estimation, ces coûts indirects constituent des données importantes à considérer lors de l'évaluation économique d'un traitement. Dans cette étude, une autre force provient de la pertinence des mesures d'impact des interventions. L'IFG comprend plusieurs mesures sensibles aux divers symptômes du TPA et du TAG (p. ex., peur des sensations physiques, évitement agoraphobique, fréquence des inquiétudes, intolérance à l'incertitude), en plus de l'évaluation des critères diagnostiques. Les questionnaires qui mesurent l'intolérance aux sensations physiques (*QSP*) et l'intolérance à l'incertitude (*III*) sont particulièrement adaptés pour évaluer les effets des traitements administrés, puisque les stratégies thérapeutiques centrales de ces traitements visent une augmentation de la tolérance.

Le deuxième volet du projet de recherche est également novateur par sa contribution à l'évaluation des coûts directs et indirects reliés à la santé mentale pour la comorbidité du TPA et du TAG, ainsi que l'observation de l'évolution de ces coûts suite à l'application des deux modalités de TCC sur une période d'un an. Par ailleurs, aucune étude antérieure, à notre connaissance, n'a porté sur l'effet de la TCC sur la réduction des coûts rattachés au TAG. La présente étude a en outre ciblé exclusivement les coûts de la santé mentale, contrairement à d'autres études qui ont porté sur les coûts de la santé, mais qui ne différencient pas les coûts de la santé mentale des coûts de la santé physique. Ainsi, notre étude présente l'avantage de documenter le fardeau économique spécifique aux manifestations d'anxiété présentes dans le TPA et le TAG. Cette recherche consolide la pertinence de traitements

psychologiques pour diminuer les coûts sociétaux associés à la santé mentale. Bien que 48% des participants avaient au moins un autre trouble de la santé mentale en comorbidité avec le TPA et le TAG, les critères d'inclusion de l'étude ont permis de s'assurer que ces deux troubles étaient en effet les plus saillants. Cela permet donc d'assumer que les coûts rapportés sont principalement rattachés à ces derniers. Ce contrôle méthodologique permet de répondre à l'objectif de recherche avec plus de rigueur.

Une autre force de l'étude provient de la méthode d'évaluation des coûts reliés à la santé mentale, soit à l'aide d'une entrevue semi-structurée qui est l'Entrevue sur les coûts de la santé (ECS). Bien que celle-ci présente certaines limites comme un biais de rappel (p. ex., les participants sont questionnés sur l'utilisation de services de santé au cours des trois derniers mois), elle permet de recueillir plusieurs informations diversifiées facilement et rapidement, contrairement aux procédures plus ardues effectuées à partir de bases de données médicales administratives comme celles de la RAMQ où certaines informations ne sont pas disponibles (p. ex., coûts indirects, consultations chez les professionnels de la santé autres que les médecins, etc.). De plus, l'ECS permet de préciser le motif d'une consultation et de déterminer si celle-ci est en lien avec la santé mentale ou pas.

Enfin, la rigueur méthodologique est une force considérable du présent projet de recherche. L'assignation des participants par cohortes aux conditions de traitement a permis d'obtenir des groupes équivalents au pré-test. De plus, tout le personnel impliqué dans l'étude a été soigneusement formé et supervisé, ce qui a assuré une bonne fidélité inter-juges et un excellent respect du protocole de recherche. Plusieurs stratégies ont été appliquées pour s'assurer de l'uniformité des procédures (p. ex. instruments de mesure validés et normalisés, à l'exception de l'ECS; manuels pour les évaluateurs, les thérapeutes et les participants; fidélité inter-juges pour

l'établissement de diagnostics de TPA et de TAG à 95,5%; intégrité thérapeutique respectée à 99,5%).

4.3.2 Limites du projet de recherche

La présente étude comporte néanmoins certaines limites. Ces limites sont exposées en fonction des caractéristiques de l'échantillon, ainsi qu'en fonction de la méthodologie reliée à l'évaluation des coûts.

4.3.2.1 Caractéristiques de l'échantillon

Ce projet de recherche présente une taille échantillonnale relativement modeste, ce qui a possiblement affecté les résultats. Habituellement, les études d'évaluation économique requièrent plusieurs centaines, voire des milliers de participants, afin de déceler une différence significative entre les groupes (Sturm, Unützer et Katon, 1999). Dans l'étude portant sur l'analyse coûts-efficacité incrémentale des deux modalités de TCC, 900 participants au total auraient été nécessaires afin de détecter une différence significative entre les modalités d'intervention, avec une puissance de .80 et un seuil alpha de .05. Toutefois, il est important de noter que la différence alors observée resterait minime avec une taille d'effet de $d = .19$. Cet argument est appuyé par le plan coûts-efficacité en deux dimensions avec les 1000 RCEI engendrés par la procédure de *Bootstrap* au post-test (voir Figure 2 présentée dans l'article intitulé « *Analyse coûts-efficacité du traitement du trouble panique avec agoraphobie et du trouble d'anxiété généralisée comorbides* » présenté au chapitre II; page 76 du présent document). Une grande proportion des données se situe dans le quadrant IV. Cette observation laisse croire qu'avec un échantillon beaucoup plus grand (p. ex.

1000 participants), le RCEI obtenu au post-test pourrait avantager significativement le traitement combiné révélant que celui-ci est moins coûteux et plus efficace que le traitement conventionnel. Toutefois, tel qu'illustré par la gradation des axes de la figure, cet avantage demeurerait minime.

Qui plus est, dans l'étude portant sur l'évaluation des coûts de la santé mentale associés au TPA et au TAG, une grande disparité dans les données est illustrée par les écarts-types très élevés. Il s'agit d'une limite communément retrouvée dans les études sur les coûts de la santé en raison d'une faible taille échantillonnale (Sturm et al., 1999). Un échantillon beaucoup plus grand aurait été nécessaire afin d'estimer les coûts avec une meilleure précision. Il aurait également permis de détecter d'éventuelles différences dans chaque sous-catégorie de coûts qui ont été évalués. Cela aurait notamment permis de voir si certains services de santé ont tendance à être majoritairement utilisés comparativement à d'autres.

Aussi, une limite importante du deuxième volet de l'étude concerne l'absence d'un groupe contrôle (p. ex., liste d'attente, soins usuels) pour s'assurer que la diminution des coûts est en effet attribuable à la thérapie et non à d'autres variables. La présente recherche a été conduite dans le contexte d'une étude de traitement plus vaste menée par Marchand et ses collaborateurs (2016, article soumis) qui avait pour but principal de comparer l'efficacité de la TCC combinée à la TCC conventionnelle pour le trouble primaire. Dans ce contexte, le groupe qui recevait la TCC conventionnelle était considéré comme le groupe contrôle puisque l'efficacité de cette TCC a déjà été largement démontrée. Il n'y a donc pas eu la considération pour un autre groupe contrôle de type liste d'attente ou soins usuels. D'ailleurs, pour des raisons pratiques et cliniques, il aurait été difficile dans le contexte de recrutement de mettre en place un tel groupe. Cependant, les résultats de la présente étude permettent de voir que les coûts liés à la santé mentale diminuent significativement entre le pré-test et le post-

test, et se maintiennent ensuite pendant une période d'un an. Cela permet notamment de limiter l'impact potentiel du passage du temps comme variable confondante.

Enfin, bien que certains participants aient été recrutés à partir d'une liste d'attente naturelle dans une clinique surspécialisée dans le traitement de l'anxiété, le recrutement de la majorité des participants s'est effectué par le biais de publicités. Il s'agit d'individus qui étaient à la recherche d'un traitement pour leurs problèmes d'anxiété. Leurs caractéristiques particulières (p. ex. motivation face au traitement; consultations effectuées chez les professionnels de la santé durant la période de trois mois précédent leur inclusion dans l'étude) ont pu influencer les résultats observés.

4.3.2.2 Méthode d'évaluation des coûts

Une autre limite de l'étude concerne la méthodologie reliée à l'évaluation des coûts. Dans l'article portant sur l'analyse coûts-efficacité des deux modalités d'intervention, le calcul des coûts de la TCC s'effectue à partir de protocoles de traitement standardisés dans un contexte de recherche clinique. Cette estimation n'est probablement pas représentative des coûts qui seraient reliés aux interventions octroyées dans le secteur public. Des études d'évaluation économique de la TCC dans ces contextes différents de traitement pourraient s'avérer plus avantageuses quant aux prises de décisions concernant les services de santé offerts à la population.

En ce qui a trait à l'article portant sur l'évaluation des coûts de la santé mentale pré- et post-traitement, d'autres limitations sont à considérer. Les coûts rapportés sont possiblement conservateurs en fonction des choix méthodologiques. D'abord, les critères d'inclusion/exclusion pour l'étude ont été déterminés dans le cadre du projet de recherche plus vaste portant sur l'efficacité de la TCC combinée comparativement

à la TCC conventionnelle pour le trouble primaire. En raison de cela, les participants qui avaient certaines problématiques autres associées à la comorbidité du TPA et du TAG (p. ex. troubles liés à la consommation, trouble de la personnalité limite) ont été exclus. De plus, il a été demandé aux participants de maintenir leur médication stable dans la mesure du possible ; ce qui a pu influencer les coûts associés à la pharmacothérapie.

Aussi, la méthode de collecte des données pour les coûts a été effectuée de façon auto-rapportée par les participants à l'aide de l'ECS. Cette façon de faire a pu engendrer un biais de désirabilité sociale, notamment lorsque les participants étaient questionnés sur le présentéisme au travail. Il se pourrait qu'ils aient rapporté un pourcentage de rendement supérieur à leur pourcentage réel afin d'éviter un jugement négatif de la part de l'évaluateur. Un biais de rappel a également pu être présent puisque l'ECS porte sur une période rétrospective de trois mois. Nous avons toutefois tenté de surmonter cet obstacle en fournissant une liste exhaustive de services potentiellement utilisés par les participants afin de faciliter leur rappel des professionnels consultés.

Aussi, il a été mentionné que l'ECS permet généralement de déterminer si une visite chez un professionnel de la santé est en lien avec la santé mentale, en fonction du motif de la consultation et du type de professionnel retenu. Étant donné que les patients avec un TPA et un TAG ont souvent tendance à rapporter des plaintes somatiques et à chercher une cause physique à leurs difficultés émotionnelles (Revicki et al., 2012; Roy-Byrne et al., 2005), il se pourrait qu'ils n'aient pas perçu que certaines de leurs visites étaient effectivement reliées à la santé mentale. Il peut s'agir, par exemple, de visites chez un neurologue en raison de céphalées lors de périodes d'anxiété intense ou bien de visites en cardiologie pour des symptômes de panique non reconnus.

Finalement, tel que déjà mentionné, les coûts indirects ont probablement aussi été sous-estimés. D'une part, en raison du biais de désirabilité sociale lorsque les participants ont été questionnés sur leur pourcentage de productivité au travail. Et, d'autre part, puisque les coûts indirects ont seulement été évalués pour les participants à l'emploi.

4.4 Pistes de recherches futures

Le présent projet de recherche permet l'amélioration des connaissances dans le traitement de la comorbidité du TPA et du TAG. Les résultats indiquent que le fait de traiter les deux troubles simultanément (TCC combinée et adaptée) conduit à des résultats cliniques et économiques similaires au fait de traiter seulement le trouble primaire (TCC conventionnelle). D'abord, en ce qui a trait à l'étude de coûts-efficacité, une reproduction de la présente recherche serait pertinente étant donné qu'il s'agit d'une première étude sur le sujet, et ce, avec une taille échantillonnale ne permettant pas d'atteindre la puissance statistique désirée. Tel que précédemment mentionné, d'autres études avec un échantillon plus imposant pourraient permettre de détecter une différence significative entre les modalités d'intervention, s'il y a lieu. Il pourrait également être intéressant de comparer le ratio coûts-efficacité de la TCC combinée ou conventionnelle avec un traitement dit transdiagnostique administré en individuel ou en thérapie de groupe. Ce type de traitement fait l'objet de plusieurs études d'efficacité (McEvoy et al., 2009), mais il est difficile de se prononcer sur le fait qu'il s'avère plus avantageux cliniquement et financièrement que les thérapies centrées sur un diagnostic spécifique. Il s'agirait d'informations précieuses auprès des décideurs et gestionnaires du système de santé.

En ce qui a trait à l'évaluation de l'efficacité de la thérapie, il pourrait s'avérer pertinent de bonifier les mesures comprises dans le score composite de l'IFG en intégrant également des variables de nature psychosociale. Par exemple, des mesures de la qualité de vie (p. ex., santé émotionnelle et physique ; fonctionnement relationnel), de même que des mesures reliées au fonctionnement au travail pourraient être incluses. Cela permettrait de documenter plus précisément l'impact des traitements sur différentes sphères fonctionnelles chez les individus. Tel qu'indiqué auparavant, un échantillon composé de patients avec une symptomatologie plus sévère du TPA et du TAG pourrait en outre permettre de mieux cibler certaines limites thérapeutiques des interventions, s'il y a lieu (p. ex. nécessité d'intégrer des stratégies visant à traiter le trouble secondaire; emphase sur certaines stratégies comparativement à d'autres; nombre de séances suffisant pour observer une amélioration clinique significative).

Il serait pertinent que d'autres études puissent mieux évaluer les prédicteurs ainsi que les variables modératrices impliqués au niveau de l'efficacité des interventions. Par exemple, des mesures d'efficacité en cours de traitement pourraient être effectuées à la suite de l'application de chacune des stratégies thérapeutiques afin d'évaluer l'impact spécifique des stratégies sur chacun des symptômes du TPA et du TAG. Le rôle de l'alliance thérapeutique pourrait également être étudié afin de documenter l'impact de ce facteur dans l'amélioration clinique. Enfin, il serait intéressant d'obtenir des informations qualitatives de la part des participants concernant leur perception du processus thérapeutique de même que de la pertinence et de l'efficacité des stratégies utilisées. Cela pourrait notamment aider à mieux comprendre le niveau élevé d'attrition dans la présente étude (36 abandons en cours de traitement, dont 17 pour une raison inconnue).

Enfin, les résultats concernant les coûts de la santé mentale associés à la comorbidité du TPA et du TAG sont exploratoires. La taille échantillonnale modeste, la grande variabilité dans la distribution des données, de même que le taux de données manquantes (p. ex., perte de 36 participants en cours de traitement; perte de 18 participants supplémentaires jusqu'au suivi de 12 mois) limitent la généralisation des résultats, de même que des conclusions détaillées quant à l'utilisation des services. La réalisation d'une nouvelle étude avec un plus grand échantillon et dans un contexte de prise en charge de services publics et privés (contrairement à une prise en charge dans un contexte de recherche) permettrait d'augmenter le potentiel de généralisation des résultats. De plus, l'accès aux données de la RAMQ, en combinaison avec les données auto-rapportées par les participants permettrait d'avoir un meilleur contrôle sur la validité des données et une perspective plus détaillée de l'utilisation des services.

Finalement, les résultats du deuxième article de même que l'analyse exploratoire effectuée sur le lien entre la diminution de la sévérité des diagnostics de TPA et de TAG et la diminution des coûts entre le pré-test et le post-test porte à croire que les individus avec une symptomatologie améliorée réduisent de façon marquante leurs consultations chez les professionnels de la santé. Toutefois, la corrélation entre ces variables s'est avérée d'une faible ampleur (.29). Il serait donc intéressant d'explorer quelles sont les autres variables reliées à une diminution de l'utilisation des services de santé chez les patients avec un TPA et un TAG comorbides, particulièrement à la suite d'un traitement reconnu et spécialisé comme la TCC.

4.5 Transfert des connaissances

La présente thèse documente l'efficacité de deux modalités de TCC dans le traitement de la comorbidité du TPA et du TAG, ainsi que leur impact sur la diminution des coûts directs et indirects associés à la santé mentale. Les projets de recherche comme celui-ci sont particulièrement utiles pour faire avancer les connaissances dans le domaine de la psychologie clinique et également dans le secteur de la santé publique. Ce secteur considère notamment les variables économiques dans l'établissement et la priorisation des soins offerts à la population aux prises avec une problématique de santé mentale. En ce sens, la diffusion des résultats obtenus s'avère particulièrement importante.

La première façon d'assurer la transmission des résultats de la présente étude est la publication des deux articles présentés dans les chapitres II et III. Chacun de ces articles a été soumis à une revue scientifique d'envergure internationale. Une revue francophone spécialement consacrée à l'application de la TCC a été ciblée pour le premier article, soit la « *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive.* » Le deuxième article a été publié dans le « *Journal of Mental Health Policy and Economics* » qui est le journal officiel de la section de l'Économie de la santé mentale de l'Association mondiale de psychiatrie. La publication dans des revues scientifiques permettra de communiquer les résultats aux chercheurs, cliniciens et gestionnaires du domaine de la santé mentale ainsi qu'à ceux appartenant à des domaines connexes.

Une deuxième manière de diffuser les résultats de ce programme de recherche consiste à les présenter par affiches et par communications orales lors de congrès scientifiques. Des congrès reliés plus particulièrement à la psychologie clinique, la psychiatrie, les troubles anxieux ou l'organisation des services de santé s'avèrent pertinents afin de rejoindre différents professionnels qui peuvent être en contact avec la clientèle à l'étude. La possibilité d'échange entre les chercheurs et les

professionnels qui s'offre lors de la participation à des congrès représente un avantage considérable pour la communication des avancées scientifiques en permettant de discuter plus en profondeur de l'implication des résultats.

Aussi, dans le but de favoriser la transmission des résultats aux professionnels œuvrant auprès de la clientèle souffrant de troubles anxieux, des présentations pourraient être organisées dans les différentes installations des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la province du Québec. Dans un contexte de réorganisation des services où l'accessibilité à des soins de qualité est particulièrement recherchée, il est pertinent d'informer les professionnels et les gestionnaires sur l'application de traitements efficaces et avantageux financièrement.

De plus, la collaboration entre les médecins et les autres professionnels de la santé autorisés à faire de la psychothérapie est particulièrement importante. Puisque les patients avec un TPA et un TAG ont tendance à d'abord consulter les médecins généralistes, il serait très pertinent de continuer à fournir des formations aux médecins (dans les cliniques médicales, les CLSC et le département de l'urgence) concernant le dépistage et les interventions efficaces dans le traitement du TPA et du TAG.

Enfin, des documents informatifs (p. ex. brochure, dépliant, média électronique) pourraient être envoyés ou des présentations pourraient être faites aux compagnies d'assurance afin de les sensibiliser aux coûts indirects potentiellement associés à l'absentéisme et la baisse de productivité au travail chez les individus aux prises avec un trouble anxieux comme le TPA et le TAG. En outre, il s'agirait de leur démontrer que lorsque ces individus reçoivent une psychothérapie éprouvée comme la TCC, on observe une réduction significative de ces coûts sur une période d'un an. Il pourrait

s'avérer bénéfique pour les compagnies d'assurance de couvrir les frais d'une telle psychothérapie puisque les coûts du traitement vont être rentabilisés par l'économie de coûts qui découle de la diminution de l'absentéisme et de l'augmentation de la productivité au travail à court et à moyen terme. Cela représente un avantage économique tant pour les assureurs que les employeurs.

4.6 Conclusion générale

En conclusion, la présente thèse permet d'enrichir les connaissances dans le domaine du traitement et des coûts pour la comorbidité du TPA et du TAG, et ce, de façon novatrice. D'abord, malgré la présence de limites méthodologiques, l'étude a permis de confirmer qu'un TPA et un TAG en cooccurrence engendrent des coûts directs et indirects associés à la santé mentale qui sont non négligeables. Les patients avec ce double diagnostic utilisent abondamment les services de santé, consomment de façon importante des psychotropes et rapportent un rendement au travail diminué.

Notre étude a également permis d'évaluer les variables cliniques et économiques associées au traitement de la comorbidité TPA-TAG ou TAG-TPA. Il s'agit d'une première étude qui compare les coûts et l'efficacité de deux modalités de traitement auprès de cette population. Les résultats démontrent que le fait de traiter simultanément le TPA et le TAG mène à des résultats cliniques et des coûts similaires au fait de traiter seulement le trouble qui est primaire (TPA ou TAG). La TCC combinée, tout comme la TCC conventionnelle, engendrent donc également une diminution de la symptomatologie et conséquemment une augmentation du fonctionnement qui se maintient dans le temps.

De plus, les résultats de la présente thèse démontrent que les coûts de la santé mentale peuvent être réduits suite à l'une ou l'autre des deux modalités de TCC, et ce, de façon similaire. Ainsi, le traitement efficace de troubles coûteux et comorbides peut mener à d'importants bénéfices économiques non seulement pour l'individu, mais aussi pour la société.

Sachant que la comorbidité du TPA et du TAG est très prévalente, que ces troubles engendrent un dysfonctionnement considérable et que des coûts sociétaux majeurs leur sont associés, surtout lorsqu'ils ne sont pas reconnus ou traités, il est important de faire des choix qui mèneront à une meilleure accessibilité à des services de qualité, tels que la TCC par exemple. Augmenter l'accès à des formations sur cette approche thérapeutique aux professionnels de la santé mentale autorisés à exercer la psychothérapie peut notamment s'avérer une stratégie pertinente. De plus, il serait favorable pour les compagnies d'assurance d'offrir des régimes de remboursement pour les dépenses associées au traitement psychologique des troubles anxieux.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE PANIQUE AVEC
AGORAPHOBIE ET DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

Tableau comparatif des critères diagnostiques du trouble panique et de l'agoraphobie selon les versions du DSM-IV-TR (APA, 2000) et du DSM-5 (APA, 2013)

DSM-IV: Trouble panique avec ou sans agoraphobie	DSM-5: Trouble panique
A.1 Attaques de paniques (AP) récurrentes et inattendues	Aucun changement
<p>AP : Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum 4 des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de 10 minutes:</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque (2) transpiration (3) tremblements ou secousses musculaires (4) sensation de souffle court ou impression d'étouffement (5) sensation d'étranglement (6) douleur ou gêne thoracique (7) nausée ou gêne abdominale (8) sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement (9) déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi) (10) peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou (11) peur de mourir (12) paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements) (13) frissons ou bouffées de chaleur 	Aucun changement

<p>A.2 Au moins une des AP s'est accompagnée pendant un mois (ou plus) de l'un (ou plus) des symptômes suivants:</p> <p>(a) crainte persistante d'avoir d'autres AP</p> <p>(b) préoccupations à propos des implications possibles de l'AP ou bien de ses conséquences (ex: <i>avoir une crise cardiaque, devenir fou</i>)</p> <p>(c) changement de comportement important en relation avec les AP</p>	<p>Aucun changement majeur. Les critères a) et b) sont combinés en un seul critère</p>
<p>B. Absence d'agoraphobie (dans le cas du diagnostic de trouble panique sans agoraphobie)</p>	<p>Le diagnostic de trouble panique est posé seul.</p>
<p>B. Présence d'agoraphobie (dans le cas du diagnostic de trouble panique avec agoraphobie)</p>	<p>L'agoraphobie est considérée comme un diagnostic additionnel. L'appellation trouble panique avec agoraphobie n'existe plus.</p>
<p>C. Les AP ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale</p>	<p>Aucun changement</p>
<p>D. Les AP ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental</p>	<p>Aucun changement</p>
<p>(DSM-IV : Agoraphobie)</p>	<p>DSM-5 : Agoraphobie</p>
<p>A. Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'AP soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile; d'être dans une foule ou dans une file d'attente; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.</p>	<p>A. Crainte marquée ou anxiété dans au moins 2 des situations suivantes:</p> <p>(1) Utiliser le transport public (p. ex.: voiture, autobus, train, avion, bateau)</p> <p>(2) Se trouver dans des espaces vastes (p. ex.: stationnement, centre commercial, pont)</p> <p>(3) Se trouver dans des espaces fermés (p.ex.: magasin, théâtre, cinéma)</p> <p>(4) Attendre en ligne ou être dans une foule</p> <p>(5) Être à l'extérieur de la maison seul</p>

	<p>B. L'individu craint ou évite ces situations parce qu'il pense qu'il pourrait être difficile de s'y en échapper ou parce qu'il pourrait être difficile d'obtenir de l'aide en cas de symptômes de panique ou de tout autre symptôme incapacitant ou embarrassant (p. ex: peur d'être incontinent)</p>
	<p>C. Les situations agoraphobiques provoquent presque toujours de la peur ou de l'anxiété</p>
<p>B. Les situations sont soit évitées soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une AP ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant</p>	<p>D. Aucun changement à l'exception que la mention « ou bien avec la crainte d'avoir une AP ou des symptômes à type de panique » est enlevée</p>
	<p>E. La peur ou l'anxiété est disproportionnée par rapport au danger réel imposé par la situation agoraphobique ou par le contexte socioculturel</p>
	<p>F. La peur, l'anxiété ou l'évitement est persistant (6 mois ou plus)</p>
	<p>G. La peur, l'anxiété ou l'évitement entraîne une détresse cliniquement significative ou un dysfonctionnement sur le plan social, occupationnel ou dans toute autre sphère de fonctionnement</p>
	<p>H. S'il y a présence d'une condition médicale, la peur, l'anxiété ou l'évitement est clairement excessif</p>
<p>C. L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas expliqué par un autre trouble mental</p>	<p>I. Aucun changement</p>

Note. Adapté en référence au DSM-IV-TR (APA, 2000) et au DSM-5 (APA, 2013)

■ **Critères diagnostiques de F41.1 [300.02] L'Anxiété généralisée (Trouble)**

- 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 (tel 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 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'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, p. ex., l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de Panique (comme dans le Trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le Trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'Anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le Trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'Hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un État de stress posttraumatique.

(suite)

□ Critères diagnostiques de F41.1 [300.2] L'Anxiété généralisée (Trouble) (suite)

- E. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- F. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

APPENDICE B

APPROBATION DES COMITÉS D'ÉTHIQUE

Montréal, le 5 mai 2009

Monsieur André Marchand
Professeur
Département de psychologie

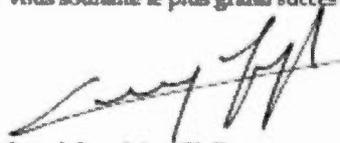
Objet : *Projet de recherche intitulé : «The effect of a Combined versus Contentional Cognitive-Behavior Treatment for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder with agoraphobia», financé par les IRSC.*

Cher monsieur,

Suite au complément d'information reçu et aux recommandations émises par le Comité, il m'est agréable de vous confirmer l'acceptation de votre protocole de recherche au plan éthique. Vous trouverez ci-joint le certificat de conformité à l'éthique émis par le Comité et valide jusqu'au 5 mai 2010.

Le Comité vous demande de lui faire parvenir un bref rapport d'évolution de votre projet au plus tard un mois avant la date d'échéance du présent certificat. Le formulaire utilisé à cette fin est disponible sur le site Web du SRC¹. Entre-temps, il est de votre responsabilité d'informer le Comité des modifications majeures qui seront apportées à votre projet, en cours de réalisation, et qui ont trait à la participation des sujets humains.

Le Comité vous remercie d'avoir porté votre demande d'approbation à son attention et vous souhaite le plus grand succès dans la poursuite de vos travaux.



Joseph Josy Lévy, Ph.D.
Professeur
Président

¹ <http://www.recherche.uqam.ca/ethique/ethique-humaine.htm>

No. 090524

Conformité à l'éthique en matière de recherche impliquant la participation de sujets humains

Le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a examiné le protocole de recherche suivant :

Responsable(s) du projet : André Marchand

Unité(s) : Département de psychologie

Titre du projet : «*The effect of a Combined versus Conventional Cognitive-Behavior Treatment for Comorbid Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder with agoraphobia.*»

Ce protocole de recherche est 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*». Le projet est jugé recevable au plan de l'éthique de la recherche avec des êtres humains. Il couvre le recrutement, l'évaluation et le traitement des patients de 1^{re} ligne avant réponse à l'offre de participation au projet de recherche susmentionné.

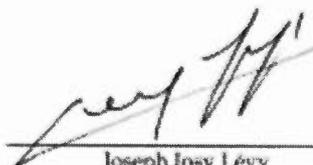
Le présent certificat est valide jusqu'au 5 mai 2010.

Membres du Comité

Marc Bélanger, Directeur, Département de kinanthropologie
Henriette Bilodeau, Professeure, Département Organisation et ressources humaines
René Binette, Directeur, Écomusée du fier monde, Représentant de la collectivité
Shahira Fawzi, Enseignante retraitée de la CSDM, Représentante de la collectivité
Joseph Josy Lévy, Professeur, Département de sexologie et Institut Santé et Société
Francine M. Mayer, Professeure, Département des sciences biologiques
Christian Saint-Germain, Professeur, Département de philosophie
Jocelyne Thériault, Professeure, Département de sexologie

5 mai 2009

Date



Joseph Josy Lévy
Président



Université du Québec en Outaouais

Campus principal: 1050, route de l'Université, Hull, Québec, Canada, J8K 8S1
Téléphone: (819) 586-5888
www.uqo.ca

Outaouais, le 16 octobre 2006

Monsieur Stéphane Bouchard
Professeur
Département de psychoéducation et de psychologie

Objet : L'effet d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel
cognitive-comportemental pour le trouble d'anxiété généralisée et le trouble
de panique avec agoraphobie

Dossier : 948

Financement : IRSC

Bonjour Monsieur Bouchard,

Je tiens d'abord à vous remercier des précisions et des modifications que vous avez apportées suite à nos commentaires. Suite à l'examen de l'ensemble de la documentation reçue, et considérant le fait que vous avez décidé de retirer du projet tout ce qui a trait à la RAMQ, nous constatons que celui-ci rencontre les normes éthiques établies par l'UQO.

C'est donc avec plaisir que je joins le certificat d'approbation éthique qui est valide pour une durée d'un an à compter de sa date d'émission. Votre approbation éthique pourra être renouvelée par le Comité d'éthique de la recherche suite à la réception du Rapport de suivi continu requis en vertu de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains. De fait, toute recherche en santé doit faire l'objet d'une surveillance éthique continue et cette responsabilité relève des chercheurs eux-mêmes. Pour plus d'information, je vous invite à consulter le site internet de l'éthique (<http://www.uqo.ca/ethique/recherche/>). Toute modification au protocole de recherche devra être soumise au Comité d'éthique pour validation avant la mise en œuvre des modifications.

Par conséquent, vous devez faire parvenir au Comité d'éthique de la recherche un Rapport de suivi continu le ou avant le **16 octobre 2006**. Dans l'éventualité d'une demande de renouvellement de l'approbation éthique serait requise, vous devrez déposer votre Rapport au moins 45 jours avant l'échéance du certificat afin de vous assurer d'avoir une approbation éthique valide pendant toute la durée de vos activités de recherche.

Je demeure à votre disposition pour toute information supplémentaire et vous souhaite bon succès dans la réalisation de cette étude.

par


André Dutilleul
Président
Comité d'éthique de la recherche
p.1



Université du Québec en Outaouais

Campus Outaouais 7355, boulevard Jean-Jacques Lussier, Outaouais, Québec, J9V 5K7
Téléphone : (819) 866-8882
www.uqo.ca

Notre référence : 948

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche a examiné le projet de recherche intitulé

Projet : L'effet d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel cognitivo-comportemental pour le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de panique avec agoraphobie.

Soumis par : Monsieur Stéphane Bouchard
Professeur
Département de psychoéducation et de psychologie

Financement : IRSC

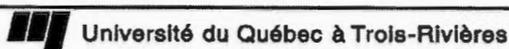
Le Comité a conclu que la recherche proposée respecte les principes directeurs de la Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec en Outaouais.

Ce certificat est valide jusqu'au 10 octobre 2008.

Au nom du Comité,

André Durivage
Président
Comité d'éthique de la recherche

Date d'émission : Le 15 octobre 2008



Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : L'effet d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel cognitivo-comportemental pour le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de panique avec agoraphobie

Chercheur : Frédéric Langlois, Professeur

Département : Département de psychologie

Organisme : Instituts de recherche en santé du Canada - IRSC

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : **1 septembre 2008** Date de fin : **2 septembre 2009**

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche (membre d'office);
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.


MARIE-PAULE DESAULNIERS
Vice-présidente du comité


MARTINE Y. TREMBLAY
Secrétaire du comité

Date d'émission : 25 août 2008

N° du certificat : CER-08-138-06.04

DECSR

Votre protocole de recherche intitulé **L'effet d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel cognitivo-comportemental pour le trouble d'anxiété généralisée et le trouble de panique avec agoraphobie** a été soumis au comité d'éthique de la recherche pour approbation lors de la 138^e réunion tenue le 22 août 2008.

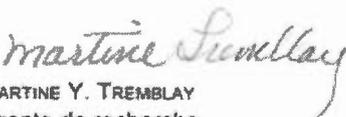
Comme suite à l'évaluation de votre protocole, le comité a émis un avis d'approbation définitive.

Une photocopie de votre certificat d'éthique portant le numéro CER-08-138-06.04 émis le 25 août 2008 et dont la période de validité est établie du 1 septembre 2008 au 2 septembre 2009, vous sera transmise par courrier interne dès que la vice-présidente du comité y aura apposé sa signature. Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Je joins à la présente le formulaire de renouvellement qui devra m'être transmis au plus tard un mois avant la date d'expiration de votre certificat. Le formulaire est disponible sur le site Internet de l'UQTR à l'adresse http://www.uqtr.ca/Chercheur/Recherche/Recherche_humain. Nous vous souhaitons tout le succès espéré dans la réalisation de cette recherche.

Veuillez agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE



MARTINE Y. TREMBLAY

Agente de recherche

Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

MYT/jff



Comité en matière d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines
Sherbrooke (Québec) J1R 2R1

Le 25 septembre 2006

Monsieur Patrick Gosselin
Professeur
Département de psychologie
Faculté des lettres et sciences humaines

**Objet: Évaluation de votre projet de recherche par le Comité d'éthique de la recherche
N/REF. 1 2006-61/Gosselin**

Monsieur,

Le Comité d'éthique de la recherche Lettres et sciences humaines a tenu, aujourd'hui, sa réunion mensuelle. Votre projet de recherche intitulé «Évaluation de l'efficacité d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel pour le Trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisé (TAG)» était à l'ordre du jour.

À la lumière des informations fournies et à la suite de l'examen des documents soumis, un certificat éthique vous est remis. Nous vous demandons toutefois d'apporter des modifications au formulaire de consentement et de nous faire parvenir ensuite la version corrigée.

En terminant, je vous rappelle qu'il est de votre responsabilité d'informer le comité de toutes modifications qui pourraient être apportées à votre projet.

Le comité vous remercie d'avoir soumis votre demande d'approbation à son attention, vous souhaite le plus grand succès dans la réalisation de cette recherche et vous prie d'accepter ses salutations distinguées.

Le comité vous remercie de bien vouloir fournir les informations demandées dans les plus brefs délais.

A handwritten signature in cursive script that reads 'Dominique Lorrain'.

Dominique Lorrain
Présidente du comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

p.j. (1)

c.c. Thérèse Audet, vice-présidente
Pierre-Richard Gaudreault, SRC

/cc



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Comité en matière d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines
Sherbrooke, Québec J1R 2R1

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titre du projet : Évaluation de l'efficacité d'un traitement combiné versus un traitement conventionnel pour le Trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG).

Projet subventionné Projet non subventionné Projet de maîtrise ou de doctorat

Organisme subventionnaire : IRSC

Nom de l'étudiante ou de l'étudiant :

Nom de la directrice ou du directeur :

Nom du ou de la responsable : Patrick Gosselin

DÉCISION : Favorable Unanime Majoritaire
 Défavorable Unanime Majoritaire

DÉCISION DIFFÉRÉE :

SURVI ÉTHIQUE :

6 mois 1 an

ou

sous la responsabilité de la directrice ou du directeur du projet

COMMENTAIRES :

Dominique Lorrain

Dominique Lorrain
Présidente du Comité d'éthique de la recherche
Lettres et sciences humaines

Date : 25 septembre 2008

APPENDICE C

FORMULAIRES DE CONSENTEMENT À L'ÉVALUATION ET POUR LES
CONDITIONS DE TRAITEMENT CONVENTIONNEL ET COMBINÉ



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité d'un traitement pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble de panique avec agoraphobie (TPA) concomitant.

Responsable du projet de recherche à l'Université du Québec à Montréal

André Marchand, Ph. D.

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheurs principaux :

André Marchand Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439
 Section approche cognitive et comportementale
 Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Claude Bélanger Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 1777
 Section approche cognitive et comportementale
 Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard, Ph. D. psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 2360
 Clinique des troubles anxieux
 Département de psychologie Université du Québec en Outaouais

Michel Dugas, Ph. D. psychologue Téléphone : (514) 848-2424 poste 2215
 Département de psychologie Université Concordia

Patrick Gosselin Ph.D., Psychologue Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811
 Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales
 Département de psychologie Université de Sherbrooke

Joane Labrecque, Ph. D. psychologue Téléphone : (514) 354-1261 poste 238
 Clinique des troubles anxieux
 Hôpital Louis-H. Lafontaine

Frédéric Langlois, Ph. D. psychologue Téléphone : (819) 376-5011 poste 3557
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières

Coordonnatrice :
Mélissa Martin, M.Ps., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 6926

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).

Introduction

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche multicentrique portant sur les troubles anxieux. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et les 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.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Le but de l'évaluation

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 vos problèmes d'anxiété. Cette évaluation se fera en deux étapes.

Nature, durée et objectifs de la participation au projet de recherche

Phase I : Évaluation

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous profiterez d'abord d'une première rencontre d'évaluation réalisée par un(e) assistant(e) de recherche lors de votre visite à l'Université du Québec à Montréal. Nous vous poserons alors des questions sur vos difficultés, les facteurs de maintien de vos problèmes, l'anxiété, les inquiétudes excessives, les attaques de panique et sur d'autres symptômes que vous pourriez ressentir. L'entrevue d'évaluation durera environ 60 minutes (entrecoupées d'une pause si nécessaire) et elle est essentielle puisqu'elle permet de déterminer si vous pouvez participer à cette étude et de mieux connaître les variables responsables de vos difficultés. À la suite de cette évaluation, l'assistant(e) de recherche vous avisera, dans la mesure du possible, si vous pouvez participer à l'étude de traitement. Une deuxième rencontre de 30 à 60 minutes est nécessaire pour terminer l'évaluation de votre condition. Si vous acceptez de participer à la recherche, vous aurez à signer un autre formulaire de consentement concernant le traitement. Par la suite, l'assistant(e) de recherche vous indiquera la démarche à suivre pour que nous puissions commencer l'observation de l'évolution de vos symptômes ainsi que le traitement. Le traitement psychologique se résume à l'application de stratégies d'intervention psychologiques spécifiques pour vos difficultés, et ce, pendant quatorze séances. Après le traitement et aux suivis de 3, 6 et 12 mois, vous aurez de nouvelles périodes d'évaluation de votre condition par entrevue et à l'aide de questionnaires. À titre indicatif, nous avons besoin de recruter un minimum de 32 sujets à l'Université du Québec à Montréal, de même que dans 4 autres sites spécialisés dans le traitement des troubles anxieux, pour un total de 160 sujets.

Lors des deux périodes d'évaluation, nous vous demanderons de compléter différents questionnaires. Ces questionnaires prendront environ 50 minutes à compléter. L'entrevue sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre une écoute ultérieure afin de confirmer cette évaluation. Cet enregistrement sera conservé durant 6 mois. Si vous choisissez de ne pas participer, nous pourrions vous référer, si vous le désirez, à des ressources pertinentes.

Pour être en mesure de bien compléter le projet de recherche, nous vous demandons également l'autorisation d'accéder éventuellement à votre dossier de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) (p. ex., l'obtention de certaines données nominales comme votre numéro d'assurance maladie, etc.) qui sera sollicité plus tard dans le processus de la recherche. Cette autorisation nous permettra de recueillir des informations pertinentes concernant les services de soins de la santé reçus durant l'année précédant le traitement, pendant le traitement et un an après le traitement, dont la fréquence et les coûts reliés aux services reçus (p ex., le nombre de visites médicales, le nombre et le type de médicaments prescrits, etc.). Dès que nous aurons l'autorisation et l'accès à ces données de la RAMQ, les informations nominales

seront immédiatement détruites. Nous soumettrons également au comité d'éthique, pour approbation, le type de données que nous désirons obtenir. Vous êtes libre d'accepter ou non de donner votre approbation. Si vous refusez de donner votre approbation, cela n'affecte en rien votre participation à la recherche.

J'autorise l'accès à mon dossier de la RAMQ _____

Je refuse l'accès à mon dossier de la RAMQ _____.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais on ne peut vous l'assurer. Par ailleurs, 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 gratuite pour le traitement de vos problèmes d'anxiété. Parallèlement, vous pourrez contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la recherche.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Vous pouvez, à tout moment, arrêter la séance, vous reposer, poser des questions et exprimer vos inquiétudes.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, il est possible que certaines questions provoquent un léger malaise à court terme (possiblement en vous faisant réfléchir à vos difficultés). Par contre, cette entrevue et ces questionnaires ont déjà été utilisés à plusieurs reprises auprès des personnes anxieuses et les malaises ou inconvénients sont rares. Si cela vous arrive, nous vous prions d'en discuter avec le personnel de recherche.

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.

Compensation financière

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

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 7 ans avant d'être détruits.

Liberté de participation et de retrait au projet de recherche

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes tout à fait libre de participer à la poursuite de cette recherche. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un de ses assistants. Par contre, les données recueillies durant les deux rencontres d'évaluation initiales seront conservées pour des fins de comparaison.

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 l'anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, j'autorise (oui) ou (non) le responsable de ce projet à me contacter à nouveau et à me demander si je serais intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche.

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la coordonnatrice de l'étude, Mélissa Martin (téléphone : (514) 987-3000 poste 6926) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : (514) 987-3000 poste 8439).

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 poste 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

Par la présente, je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. 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.

Nom du chercheur ou de son représentant
(lettres moulées) représentant

Signature du chercheur ou de son

Fait à _____, le _____

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.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom du participant

Signature du participant

Nom du représentant (si applicable)

Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____,

le _____

Demande d'autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo, audio, ou autre) 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.

Nom du participant: _____

Date: _____

Signature: _____



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité d'un traitement pour le trouble panique avec agoraphobie (TPA) relié à un trouble d'anxiété généralisée de moindre intensité.

Responsable du projet de recherche à l'Université du Québec à Montréal

André Marchand, Ph. D.

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheurs principaux :

André Marchand Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439
 Section approche cognitive et comportementale
 Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Claude Bélanger Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 1777
 Section approche cognitive et comportementale
 Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 2360
 Clinique des troubles anxieux
 Département de psychologie Université du Québec en Outaouais

Michel Dugas Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 848-2424 poste 2215
 Département de psychologie Université Concordia

Patrick Gosselin Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811
 Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales
 Département de psychologie Université de Sherbrooke

Joane Labrecque Ph. D., psychologue
Clinique des troubles anxieux
Hôpital Louis-H. Lafontaine

Téléphone : (514) 354-1261 poste 238

Frédéric Langlois Ph. D., psychologue
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières

Téléphone : (819) 376-5011 poste 3557

Coordonnatrice:

Mélissa Martin, M.Ps., psychologue

Téléphone : (514) 987-3000 poste 6926

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).

Introduction

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche multicentrique portant sur les troubles anxieux. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et les 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.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, vous recevrez le traitement standard reconnu qui vous sera expliqué par la coordonnatrice du projet.

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 panique avec agoraphobie (TPA), votre difficulté principale, dans le contexte où vous

présentez aussi un ou d'autres troubles anxieux de moindre intensité, dont le trouble d'anxiété généralisée (TAG). Ce type de traitement de choix intègre diverses stratégies d'intervention comme :

1. Transmettre de l'information pertinente au participant(e) à propos du TPA, expliquer les facteurs étiologiques, présenter les modèles explicatifs du TPA, expliquer la physiologie des réactions de peurs, d'anxiété et de panique;
2. Enseigner au (à la) participant(e) des stratégies de gestion des composantes physiques et cognitives qu'ils ressentent (stress, anxiété);
3. Apprendre à modifier les interprétations catastrophiques de danger, les pensées irrationnelles qui favorisent le maintien des symptômes;
4. Favoriser la prévention de la rechute et le maintien des acquis en aidant le(la) participant(e) 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

Phase I : Traitement

Vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitive-comportementale pour le traitement des personnes présentant un trouble panique avec agoraphobie primaire et un trouble d'anxiété généralisée de moindre intensité. Cette thérapie sera d'une durée de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure approximativement et sera offerte par un(e) psychologue spécialement formé(e) et entraîné(e) à cette approche. 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. Chacune des séances de thérapie sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre de s'assurer de l'intégrité des interventions prodiguées. Les enregistrements seront conservés pendant 6 mois. Vous serez amené(e) à prendre en charge graduellement votre thérapie avec le soutien de votre thérapeute. Le(la) participant(e) ne devra prendre aucune médication pour les symptômes d'anxiété de type « panique » ou « inquiétudes » (anxiolytiques ou antidépresseurs) pendant la durée du traitement et des suivis (12 mois), faute de quoi il(elle) sera exclu(e) de l'étude. Si vous avez déjà une médication au début du traitement, elle devra être maintenue stable durant toute la durée du traitement dans la mesure du possible.

Phase II : Suivis

Seize semaines après le début du traitement, de même que 3, 6 et 12 mois après la fin du traitement, vous allez refaire une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre progrès. La première évaluation (deux semaines après le traitement) aura lieu à l'Université du Québec à Montréal, ce qui va nécessiter que vous vous rendiez sur place. Les trois autres évaluations (à 3, 6 et 12

mois) vont se faire par téléphone et vous aurez aussi une série de questionnaires à remplir à la maison (manuellement et sur ordinateur). Ces questionnaires devraient prendre approximativement 50 minutes à compléter. Vous devrez les retourner par la poste dans une enveloppe pré-adressée qui vous sera fournie.

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 d'un traitement basé sur des données factuelles les plus récentes. Par ailleurs, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant une comorbidité TPA/TAG, en plus de nous permettre d'évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique du trouble panique avec agoraphobie et de son impact sur la symptomatologie du trouble d'anxiété généralisée d'intensité moindre offert par le personnel qualifié de la recherche, et ce, afin d'améliorer les services offerts aux participants.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions de l'anxiété et certains malaises inoffensifs. Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est également entendu que votre participation au projet de recherche n'aura aucun effet sur tout traitement auquel vous serez éventuellement soumis(e). Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété ou d'inquiétude comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participants(es) affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques prévisibles à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté(e) lors des rencontres. Soyez assuré(e) 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 gratuitement d'un traitement psychologique éprouvé.

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité 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, l'entrevue semi-structurée et les enregistrements des séances 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

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre de participer à la poursuite de cette recherche. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un(e) de ses assistant(e)s. 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.

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 votre anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé(e) des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, vous autorisez le responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche.

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la coordonnatrice de l'étude, Mélissa Martin (téléphone : (514) 987-3000 poste 6926) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : (514) 987-3000 poste 8439).

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 poste 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

Par la présente, je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. 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.

Nom du chercheur ou de son représentant
(lettres moulées) représentant

Signature du chercheur ou de son

Fait à _____, le _____

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.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom du participant

Signature du participant

Nom du représentant (si applicable)

Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____, le _____

Demande d'autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo, audio, ou autre) 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.

Nom du participant: _____

Date: _____

Signature: _____



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité d'un traitement pour le trouble d'anxiété généralisée (TAG) primaire relié à un trouble de panique avec agoraphobie d'intensité moindre

Responsable du projet de recherche à l'Université du Québec à Montréal

André Marchand, Ph. D.

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheurs principaux :

André Marchand Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439
 Section approche cognitive et comportementale
 Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Claude Bélanger Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 1777
 Section approche cognitive et comportementale
 Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste
 2360
 Département de psychologie Université du Québec en Outaouais

Michel Dugas Ph. D., psychologue Téléphone : (514) 848-2424 poste 2215
 Département de psychologie Université Concordia

Patrick Gosselin Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811
 Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales
 Département de psychologie Université de Sherbrooke

Joane Labrecque Ph. D., psychologue Téléphone : (514)- 354-1261 poste 238
 Clinique des troubles anxieux
 Hôpital Louis-H. Lafontaine

Frédéric Langlois Ph. D., psychologue Téléphone : (819)-376-5011 poste 3557
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières

Coordonnatrice:

Mélissa Martin, M.Ps., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 6926

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).

Introduction

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche multicentrique portant sur les troubles anxieux. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et les 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.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, vous recevrez le traitement standard reconnu qui vous sera expliqué par la coordonnatrice du projet.

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), votre difficulté principale, dans le contexte où vous présentez aussi un ou d'autres troubles anxieux de moindre intensité, dont le trouble panique avec agoraphobie (TPA). Ce type de traitement de choix intègre diverses stratégies d'intervention comme :

1. Transmettre de l'information pertinente au (à la) participant(e) à propos du TAG, expliquer les facteurs étiologiques, présenter les modèles explicatifs du TAG;
2. Aider le (la) participant(e) à remettre en question certaines croyances quant à l'utilité de s'inquiéter;
3. Enseigner au (à la) participant(e) 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 le(la) participant(e) 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

Phase I : Traitement

Vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitive - comportementale pour le traitement des personnes présentant un trouble d'anxiété généralisée primaire et un trouble panique avec agoraphobie de moindre intensité. Cette thérapie sera d'une durée de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure approximativement et sera offerte par un(e) psychologue spécialement formé(e) et entraîné(e) à cette approche. 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. Chacune des séances de thérapie sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre de s'assurer de l'intégrité des interventions prodiguées. Les enregistrements seront conservés pendant 6 mois. Vous serez amené(e) à prendre en charge graduellement votre thérapie avec le soutien de votre thérapeute. Le(la) participant(e) ne devra prendre aucune médication pour les symptômes d'anxiété de type « panique » ou « inquiétudes » (anxiolytiques ou antidépresseurs) pendant la durée du traitement et des suivis (12 mois), faute de quoi il(elle) sera exclus(e) de l'étude. Si vous avez déjà une médication au début du traitement, elle devra être maintenue stable durant toute la durée du traitement dans la mesure du possible.

Phase II : Suivis

Seize semaines après le début du traitement, de même que 3, 6 et 12 mois après la fin du traitement, vous allez refaire une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre progrès. La première évaluation (deux semaines après le traitement) aura lieu à l'Université du Québec à Montréal, ce qui va nécessiter que vous vous rendiez sur place. Les trois autres évaluations (à 3, 6 et 12 mois) vont se faire par téléphone et vous aurez aussi une série de questionnaires à

remplir à la maison (manuellement et sur ordinateur). Ces questionnaires devraient prendre approximativement 50 minutes à compléter. Vous devrez les retourner par la poste dans une enveloppe pré-adressée qui vous sera fournie.

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 d'un traitement basé sur les données factuelles les plus récentes. Par ailleurs, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant une comorbidité TAG/TPA, en plus de nous permettre d'évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique du trouble d'anxiété généralisée et de son impact sur la symptomatologie du trouble panique avec agoraphobie d'intensité moindre offert par le personnel qualifié de la recherche, et ce, afin d'améliorer les services offerts aux participants.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions de l'anxiété et certains malaises inoffensifs. Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est également entendu que votre participation au projet de recherche n'aura aucun effet sur tout traitement auquel vous serez éventuellement soumis(e). Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété ou d'inquiétude comparable à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participants(es) affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques prévisibles à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté(e) lors des rencontres. Soyez assuré(e) 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 gratuitement d'un traitement psychologique éprouvé.

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité 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, l'entrevue semi-structurée et les enregistrements des séances 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

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre de participer à la poursuite de cette recherche. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un(e) de ses assistant(e)s. 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.

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 votre anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé(e) des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, vous autorisez le responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la coordonnatrice de l'étude, Mélissa Martin (téléphone : (514) 987-3000 poste 6926) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : (514) 987-3000 poste 8439).

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 poste 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

Par la présente, je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. 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.

Nom du chercheur ou de son représentant
(lettres moulées) représentant

Signature du chercheur ou de son

Fait à _____, le _____

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.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom du participant

Signature du participant

Nom du représentant (si applicable)

Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____, le _____

Demande d'autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo, audio, ou autre) 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.

Nom du participant: _____

Date: _____

Signature: _____



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation de l'efficacité d'un traitement combiné pour le trouble panique avec agoraphobie (TPA) et le trouble d'anxiété généralisée (TAG) concomitant.

Responsable du projet de recherche à l'Université du Québec à Montréal

André Marchand, Ph. D.

Collaborateurs au projet de recherche

Chercheur principal :

André Marchand Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 8439
 Section approche cognitive et comportementale
 Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Claude Bélanger Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 1777
 Section approche cognitive et comportementale
 Département de psychologie Université du Québec à Montréal

Stéphane Bouchard Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 2360
 Clinique des troubles anxieux
 Département de psychologie Université du Québec en Outaouais

Michel Dugas Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 848-2424 poste 2215
 Département de psychologie Université Concordia

Patrick Gosselin Ph.D., psychologue Téléphone : (514) 819-8000 poste 63811
 Laboratoire de thérapies cognitives-comportementales
 Département de psychologie Université de Sherbrooke

Joane Labrecque Ph.D., psychologue Téléphone : (514)- 354-1261 poste 238
 Clinique des troubles anxieux
 Hôpital Louis-H. Lafontaine

Frédéric Langlois Ph.D., psychologue Téléphone : (819)-376-5011 poste 3557
Clinique des troubles anxieux
Département de psychologie Université du Québec à Trois-Rivières

Coordonnatrice:

Mélissa Martin, M.Ps., psychologue Téléphone : (514) 987-3000 poste 6926

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).

Introduction

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche multicentrique portant sur les troubles anxieux. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire d'information et de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et les 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.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Si vous décidez de participer à ce projet de recherche, vous recevrez le traitement standard reconnu qui vous sera expliqué par la coordonnatrice du projet.

L'objectif de la recherche

L'objectif principal de la présente étude consiste à vérifier la pertinence et l'efficacité d'une intervention cognitive-comportementale adaptée au traitement de deux troubles co-occurents, soit le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble panique avec agoraphobie (TPA). Ce type de traitement intègre diverses stratégies d'intervention comme :

1. Transmettre de l'information pertinente au (à la) participant(e) concernant le TAG et le TPA, expliquer les facteurs étiologiques, présenter les modèles explicatifs du TAG et du TPA, expliquer la physiologie des réactions de peurs, d'anxiété et de panique;
2. Enseigner au (à la) participant(e) des stratégies de gestions des composantes physiques et cognitives qu'il (elle) ressent (stress, anxiété et inquiétudes);
3. Apprendre à modifier les interprétations catastrophiques de danger, les pensées irrationnelles qui favorisent le maintien des symptômes;
4. Aider l'individu à s'exposer en imagination (p. ex., aux inquiétudes) et in vivo (p. ex., aux sensations physiologiques, aux situations redoutées et évitées quotidiennement) afin de s'habituer graduellement à ces images, à ces sensations et aux situations anxiogènes et diminuer l'anxiété ressentie;
5. Favoriser la prévention de la rechute et le maintien des acquis en aidant le(la) participant(e) 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

Phase I : Traitement

Vous bénéficierez d'une psychothérapie individuelle de type cognitive-comportementale pour le traitement des personnes présentant un trouble panique avec agoraphobie et un trouble d'anxiété généralisée. Cette thérapie sera d'une durée de 14 semaines, à raison d'une rencontre d'une heure approximativement et sera offerte par un(e) psychologue spécialement formé(e) et entraîné(e) à cette approche. 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. Chacune des séances de thérapie sera enregistrée sur bande audio uniquement pour permettre de s'assurer de l'intégrité des interventions prodiguées. Les enregistrements seront conservés pendant 6 mois. Vous serez amené(e) à prendre en charge graduellement votre thérapie avec le soutien de votre thérapeute. Le(la) participant(e) ne devra prendre aucune médication pour les symptômes d'anxiété de type « panique » ou « inquiétudes » (anxiolytiques ou antidépresseurs) pendant la durée du traitement et des suivis (12 mois), faute de quoi il(elle) sera exclus(e) de l'étude. Si vous avez déjà une médication au début du traitement, elle devra être maintenue stable durant toute la durée du traitement dans la mesure du possible.

Phase II : Suivis

Seize semaines après le début du traitement, de même que 3, 6 et 12 mois après la fin du traitement, vous allez refaire une évaluation psychologique avec un(e) assistant(e) de recherche afin d'évaluer votre progrès. La première évaluation (deux semaines

après le traitement) aura lieu à l'Université du Québec à Montréal, ce qui va nécessiter que vous vous rendiez sur place. Les trois autres évaluations (à 3, 6 et 12 mois) vont se faire par téléphone et vous aurez aussi une série de questionnaires à remplir à la maison (manuellement et sur ordinateur). Ces questionnaires devraient prendre approximativement 50 minutes à compléter. Vous devrez les retourner par la poste dans une enveloppe pré-adressée qui vous sera fournie.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

L'avantage principal et personnel que vous retirez en participant à ce projet de recherche est que vous bénéficierez d'un traitement basé sur les données factuelles les plus récentes. Par ailleurs, votre participation nous permettra de mieux connaître la condition psychologique des personnes présentant un TAG et un TPA simultanément, en plus de nous permettre d'évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique adapté, combiné et novateur offert par le personnel qualifié de la recherche et ce, afin d'améliorer les services offerts aux patients.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Aucun inconvénient majeur ne peut découler de votre participation. Cependant, outre le temps et le déplacement consacrés à votre participation, vous pourriez ressentir à certaines occasions de l'anxiété et certains malaises sans danger pour vous. Aussi, votre participation pourrait susciter des remises en question de votre part. On vous suggère fortement d'en discuter avec votre thérapeute, le cas échéant.

Risques

La participation à ce projet ne vous fait courir aucun risque connu sur le plan médical et psychologique. Il est possible qu'en exécutant les exercices demandés pendant ou entre les rencontres d'intervention, vous éprouviez un certain niveau d'anxiété, d'attaques de panique ou d'inquiétudes comparables à ce que vous avez déjà éprouvé jusqu'à ce jour dans diverses situations et qui pourrait être inconfortable pour certaines personnes. Ceci ne pose aucun danger et la majorité des participants(e)s affirment dans ce type d'intervention que l'expérience est bien moins pénible qu'anticipée. Il n'y a donc pas de risques prévisibles à participer à cette étude. En ce sens, des moyens seront mis en place afin que vous vous sentiez supporté(e) lors des rencontres. Soyez assuré(e) 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 gratuitement d'un traitement psychologique éprouvé.

Confidentialité

Un soin particulier sera accordé à la confidentialité 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, l'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

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire. Vous êtes libre de participer à la poursuite de cette recherche. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur ou à l'un(e) de ses assistant(e)s. 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

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 votre anonymat. Si vous le désirez, vous pourrez être informé(e) des résultats obtenus en contactant le chercheur responsable.

Études ultérieures

Il se peut que les résultats obtenus suite à cette étude donnent lieu à une autre recherche. Dans cette éventualité, vous autorisez le responsable de ce projet à vous contacter de nouveau et à vous demander si vous êtes intéressé(e) à participer à cette nouvelle recherche.

Accès au chercheur et procédure d'urgence

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude, s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter en tout temps la coordonnatrice de l'étude, Mélissa Martin (téléphone : (514) 987-3000 poste 6926) ou le responsable de l'étude, André Marchand (téléphone : (514) 987-3000 poste 8439).

Surveillance éthique du projet de recherche

Le Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM a approuvé le projet de recherche auquel vous allez participer. Pour des informations concernant les responsabilités de l'équipe de recherche au plan de l'éthique de la recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité institutionnel d'éthique de la recherche, Joseph Josy Lévy, au numéro (514) 987-3000 poste 4483. Il peut être également joint au secrétariat du Comité au numéro (514) 987-3000 poste 7753.

Déclaration de l'investigateur ou de son représentant

Par la présente, je certifie qu'on a expliqué au participant de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait à cet égard et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice. 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.

Nom du chercheur ou de son représentant
(lettres moulées)

Signature du chercheur ou de son
représentant

Fait à _____, le _____

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.

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet de recherche, qu'on a répondu à mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Je comprends également que je peux me retirer en tout temps et sans conséquences négatives.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées. Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

Nom du participant

Signature du participant

Nom du représentant (si applicable)

Signature du représentant (si applicable)

Fait à _____, le _____

Demande d'autorisation d'enregistrement

On m'a expliqué le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance que des enregistrements (vidéo, audio, ou autre) 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.

Nom du participant: _____

Date: _____

Signature: _____

APPENDICE D

ENTREVUES DIAGNOSTIQUES

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: encrer 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?
 - 8) Événements anticipés à la suite d'une attaque de panique (e.g., crise cardiaque, étouffement)?
 - 9) Changements dans le comportement résultant des crises (éviterement, 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: encercler 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: encercler 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 compulsion / 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: encercler 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
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 b) <u>Gastro-intestinaux</u> (au moins 2) nausées diarrhée ballonnements vomissements intolérances à des aliments 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 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			

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

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:

SCID – II

QUESTIONNAIRE

(Utilisé conjointement avec l'entrevue SCID-II, version DSM-IV)

Évaluateur : _____

Date d'aujourd'hui : ____ ____ ____
 Jour Mois An

PQ1

Étude: _____	PQ2
_____	_____

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. Encerclez «Oui» ou «Non» si la question s'applique entièrement ou presque entièrement à vous. Sauter les questions que vous ne comprenez pas.

- | | | | |
|--|-----|-----|------|
| 1. Avez-vous déjà évité des emplois ou autres activités impliquant un grand nombre de contacts avec les gens ? | NON | OUI | PQ4 |
| 2. Évitez-vous de vous impliquer avec les gens à moins d'être certain(e) qu'ils vont vous aimer ? | NON | OUI | PQ5 |
| 3. Avez-vous de la difficulté à vous «ouvrir» aux autres même s'il s'agit de personnes qui sont près de vous ? | NON | OUI | PQ6 |
| 4. Êtes-vous souvent préoccupé(e) par le fait d'être critiqué(e) ou rejeté(e) lors de rencontres sociales ? | NON | OUI | PQ7 |
| 5. Avez-vous tendance à demeurer silencieux(se) lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes ? | NON | OUI | PQ8 |
| 6. Avez-vous l'impression de ne pas être une personne aussi bonne, intelligente ou attirante que la plupart des gens ? | NON | OUI | PQ9 |
| 7. Avez-vous peur d'essayer de nouvelles choses ? | NON | OUI | PQ10 |
| 8. Avez-vous besoin de nombreux conseils de la part des autres avant de prendre des décisions quotidiennes, comme par exemple, quels vêtements porter ou quels plats commander au restaurant ? | NON | OUI | PQ11 |
| 9. Remettez-vous aux autres la responsabilité de gérer la plupart des domaines importants de votre vie tels que les finances, l'éducation des enfants ou arrangements de vie ? | NON | OUI | PQ12 |
| 10. Avez-vous de la difficulté à être en désaccord avec les autres même lorsque vous pensez qu'ils ont tort ? | NON | OUI | PQ13 |
| 11. Avez-vous de la difficulté à entamer un travail ou une tâche lorsqu'il n'y a personne pour vous aider ? | NON | OUI | PQ14 |

12. Vous êtes-vous porté(e) volontaire à faire des choses peu agréables plus souvent qu'à votre tour ?	NON	OUI	PQ15
13. Avez-vous l'habitude de vous sentir inconfortable lorsque vous êtes seul(e) ?	NON	OUI	PQ16
14. Lorsqu'une relation intime se termine, sentez-vous rapidement le besoin de trouver quelqu'un d'autre pour prendre soin de vous ?	NON	OUI	PQ17
15. Est-ce que l'idée de vous retrouver seul(e) ou d'être laissé(e) à vous-même vous inquiète ?	NON	OUI	PQ18
16. Accordez-vous beaucoup d'importance aux détails, à l'ordre, à l'organisation ou aimez-vous faire des listes et des horaires ?	NON	OUI	PQ19
17. Avez-vous de la difficulté à finir vos travaux parce que vous passez trop de temps à faire en sorte que tout soit parfait ?	NON	OUI	PQ20
18. Êtes-vous tellement dévoué(e) à votre travail ou études qu'il ne vous reste plus de temps pour les autres et pour le plaisir ?	NON	OUI	PQ21
19. Avez-vous des standards moraux très élevés ou des principes bien arrêtés sur ce qui est bien et ce qui est mal ?	NON	OUI	PQ22
20. Avez-vous de la difficulté à jeter des choses parce qu'elles pourraient vous être utiles un jour ?	NON	OUI	PQ23
21. Avez-vous de la difficulté à accepter l'aide des autres à moins qu'ils ne se conforment à votre façon de faire les choses ?	NON	OUI	PQ24
22. Avez-vous de la difficulté à dépenser votre argent pour vous ou pour les autres même si vous n'êtes pas dans le besoin ?	NON	OUI	PQ25
23. Vous arrive-t-il souvent d'être tellement certain(e) d'avoir raison que l'opinion des autres vous importe peu ?	NON	OUI	PQ26
24. Est-ce que certaines personnes vous ont déjà fait la remarque à l'effet que vous étiez entêté(e) ou rigide ?	NON	OUI	PQ27
25. Lorsqu'on vous demande de faire quelque chose que vous ne voulez pas faire, avez-vous tendance à dire «oui» et, par la suite, attendre à la dernière minute ou bien faire un travail peu soigné ?	NON	OUI	PQ28
26. Vous arrive-t-il souvent «d'oublier» les choses que vous n'avez pas envie de faire ?	NON	OUI	PQ29

27. Avez-vous fréquemment le sentiment que les gens ne vous comprennent pas ou ne vous apprécient pas à votre juste valeur ?	NON	OUI	PQ30
28. Vous arrive-t-il souvent d'être maussade et d'argumenter avec les autres ?	NON	OUI	PQ31
29. Avez-vous constaté à plusieurs reprises que vos patrons, professeurs, médecins et autres personnes qui sont censées savoir ce qu'elles font, ne le savent pas vraiment ?	NON	OUI	PQ32
30. Vous arrive-t-il souvent de trouver injuste que les autres réussissent mieux que vous ?	NON	OUI	PQ33
31. Vous arrive-t-il souvent de vous plaindre d'avoir eu plus que votre part de malchances dans la vie ?	NON	OUI	PQ34
32. Vous arrive-t-il souvent de refuser sèchement de faire ce que l'on vous demande et, par la suite, de vous sentir mal et d'aller vous excuser ?	NON	OUI	PQ35
33. Êtes-vous généralement d'humeur peu joyeuse ou du genre à ne pas prendre beaucoup de plaisir à la vie ?	NON	OUI	PQ36
34. Vous arrive-t-il souvent de vous percevoir comme une personne fondamentalement inapte et de ne pas vous sentir bien dans votre peau ?	NON	OUI	PQ37
35. Vous arrive-t-il fréquemment de vous abaisser vous-même ?	NON	OUI	PQ38
36. Pensez-vous souvent aux mauvaises choses qui sont arrivées dans le passé et qui pourraient arriver dans le futur ?	NON	OUI	PQ39
37. Avez-vous tendance à juger les autres sévèrement et à leur trouver facilement des défauts ?	NON	OUI	PQ40
38. Croyez-vous que la plupart des gens sont fondamentalement mauvais ?	NON	OUI	PQ41
39. Vous attendez-vous la plupart du temps à ce que les choses tournent mal ?	NON	OUI	PQ42
40. Avez-vous tendance à vous sentir coupable pour des choses que vous avez ou n'avez pas faites ?	NON	OUI	PQ43
41. Devez-vous faire attention pour que les gens ne profitent pas de vous ou ne vous fassent pas de mal ?	NON	OUI	PQ44
42. Passez-vous beaucoup de temps à vous demander si vos amis et collègues de travail sont dignes de votre confiance ?	NON	OUI	PQ45

43. Trouvez-vous que «moins les gens en savent sur vous mieux c'est» de sorte qu'ils ne peuvent pas utiliser ce qu'ils savent contre vous ?	NON	OUI	PQ46
44. Vous arrive-t-il souvent de détecter des menaces cachées ou du mépris dans les choses que les gens disent ou font ?	NON	OUI	PQ47
45. Êtes-vous du genre rancunier(ère) et vous faut-il beaucoup de temps pour pardonner à ceux qui vous ont offensé ou manqué d'égards ?	NON	OUI	PQ48
46. Y a-t-il plusieurs personnes à qui vous n'avez pas encore pardonné quelque chose qu'ils vous ont dit ou fait il y a longtemps ?	NON	OUI	PQ49
47. Êtes-vous porté(e) à vous mettre facilement en colère et à contre-attaquer lorsqu'on vous critique ou vous insulte ?	NON	OUI	PQ50
48. Avez-vous soupçonné à plusieurs reprises votre conjoint(e) ou partenaire de vous être infidèle ?	NON	OUI	PQ51
49. Lorsque vous voyez des gens discuter entre eux, avez-vous souvent l'impression qu'ils parlent de vous ?	NON	OUI	PQ52
50. Avez-vous le sentiment que certaines choses qui semblent anodines pour la plupart des gens ont une signification vraiment particulière pour vous ?	NON	OUI	PQ53
51. Avez-vous souvent l'impression que l'on vous fixe du regard ou que l'on vous surveille lorsque vous êtes entouré de gens ?	NON	OUI	PQ54
52. Avez-vous déjà eu le sentiment de pouvoir faire arriver des choses juste en y pensant ou en le souhaitant ?	NON	OUI	PQ55
53. Avez-vous déjà eu des expériences de nature surnaturelle ?	NON	OUI	PQ56
54. Avez-vous un «sixième sens» qui vous permet de savoir ou de prédire des choses que les autres ignorent ?	NON	OUI	PQ57
55. Vous arrive t-il souvent de confondre des objets ou des ombres pour des personnes ou animaux, et des bruits pour des voix ?	NON	OUI	PQ58
56. Avez-vous déjà eu la sensation qu'une personne ou une force vous entourait sans que vous puissiez la voir ?	NON	OUI	PQ59
57. Vous est-il arrivé(e) souvent de voir l'Aura ou le champ énergétique des gens ?	NON	OUI	PQ60

58. En dehors de votre famille immédiate, y a-t-il peu de gens avec qui vous entretenez des rapports étroits ?	NON	OUI	PQ61
59. Vous arrive t-il souvent de vous sentir nerveux(e) lorsque vous êtes avec d'autres personnes ?	NON	OUI	PQ62
60. Est-ce que de façon générale, il vous est égal d'avoir ou non quelqu'un avec qui entretenir des liens étroits ?	NON	OUI	PQ63
61. Préférez-vous la plupart du temps faire des choses seul(e) plutôt qu'avec les autres ?	NON	OUI	PQ64
62. Pourriez-vous ne jamais être sexuellement intime avec quelqu'un et être heureux(se) quand même ?	NON	OUI	PQ65
63. Y a-t-il très peu de choses dans lesquelles vous prenez plaisir ?	NON	OUI	PQ66
64. Êtes-vous généralement indifférent(e) à ce que les autres pensent de vous ?	NON	OUI	PQ67
65. Avez-vous constaté que rien ne vous rendait très triste ou très joyeux(se) ?	NON	OUI	PQ68
66. Aimez-vous être le centre de l'attention ?	NON	OUI	PQ69
67. Êtes-vous du genre à «flirter» beaucoup ?	NON	OUI	PQ70
68. Vous arrive t-il souvent de faire des «avances» aux gens ?	NON	OUI	PQ71
69. Avez-vous tendance à utiliser votre façon de vous vêtir ou votre apparence pour vous faire remarquer ?	NON	OUI	PQ72
70. Avez-vous tendance à vous exprimer de façon colorée et dramatique ?	NON	OUI	PQ73
71. Changez-vous facilement d'idées ou d'opinions en fonction des gens avec qui vous êtes ou de ce que vous venez tout juste de lire ou voir à la télé ?	NON	OUI	PQ74
72. Avez-vous beaucoup d'amis avec qui vous entretenez des liens très étroits ?	NON	OUI	PQ75
73. Avez-vous l'impression que les gens sont souvent incapables d'apprécier la nature spéciale de vos talents et de vos accomplissements ?	NON	OUI	PQ76

74. Est-ce que certaines personnes vous ont déjà fait la remarque à l'effet que vous aviez une trop haute opinion de vous-même ?	NON	OUI	PQ77
75. Pensez-vous beaucoup à la gloire, au pouvoir et à la reconnaissance que vous aurez un jour ?	NON	OUI	PQ78
76. Pensez-vous beaucoup au «Grand Amour» romantique que vous vivrez un jour ?	NON	OUI	PQ79
77. Insistez-vous la plupart du temps pour que vos problèmes soient traités par un expert ?	NON	OUI	PQ80
78. Est-il important pour vous de fréquenter des gens importants ou influents ?	NON	OUI	PQ81
79. Est-il important que les gens portent attention à vous ou qu'ils vous admirent d'une façon quelconque ?	NON	OUI	PQ82
80. Pensez-vous qu'il n'est pas nécessaire de suivre certaines règles ou conventions sociales si elles interfèrent avec ce que vous tentez d'accomplir ?	NON	OUI	PQ83
81. Avez-vous le sentiment de mériter un traitement de faveur ?	NON	OUI	PQ84
82. Vous est-il souvent nécessaire de «piler sur les pieds» des autres pour obtenir ce que vous voulez ?	NON	OUI	PQ85
83. Êtes-vous souvent dans l'obligation de faire passer vos besoins avant ceux des autres ?	NON	OUI	PQ86
84. Vous attendez-vous à ce que les gens fassent ce que vous leur demandez sans avoir à leur fournir d'explications ?	NON	OUI	PQ87
85. Avez-vous en général, peu d'intérêt pour les problèmes ou les sentiments des autres ?	NON	OUI	PQ88
86. Est-ce que certaines personnes se sont déjà plaint que vous ne les écoutiez pas ou ne vous préoccupiez pas de leurs problèmes ?	NON	OUI	PQ89
87. Vous arrive-t-il souvent d'envier les autres ?	NON	OUI	PQ90
88. Avez-vous fréquemment le sentiment que les autres vous envient ?	NON	OUI	PQ91
89. Trouvez-vous qu'il y a très peu de gens qui mérite que vous leur consacriez de votre temps ou attention ?	NON	OUI	PQ92

90. 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	PQ93
91. Est-ce que vos relations interpersonnelles significatives ont beaucoup de «hauts et de bas» ?	NON	OUI	PQ94
92. Vous est-il arrivé(e) de changer subitement votre façon de vous définir en tant qu'individu et vos objectifs de vie ?	NON	OUI	PQ95
93. Est-ce que votre sentiment d'identité personnelle change souvent de façon dramatique ?	NON	OUI	PQ96
94. 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	PQ97
95. Avez-vous souvent changé d'idées par rapport à vos buts à long terme, plans de carrière ou croyances religieuses ?	NON	OUI	PQ98
96. Vous arrive t-il fréquemment de faire des choses de façon très impulsive ?	NON	OUI	PQ99
97. Avez-vous déjà tenté ou menacé de vous blesser ou de vous enlever la vie ?	NON	OUI	PQ10 0
98. Vous êtes-vous déjà infligé(e) de façon intentionnelle, des coupures, des brûlures ou des égratignures sévères ?	NON	OUI	PQ10 1
99. Avez-vous beaucoup de sauts d'humeur ?	NON	OUI	PQ10 2
100. Vous sentez-vous souvent «vide» à l'intérieur ?	NON	OUI	PQ10 3
101. Avez-vous souvent des accès de colère incontrôlables ?	NON	OUI	PQ10 4
102. Vous arrive t-il de frapper ou de lancer des objets lorsque vous êtes en colère ?	NON	OUI	PQ10 5
103. Vous arrive t-il de vous mettre en colère pour des banalités ?	NON	OUI	PQ10 6
104. Lors de 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	PQ10 7

105. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous souvent malmené, menacé ou intimidé d'autres enfants ?	NON	OUI	PQ10 8
106. Avant l'âge de 15 ans, vous est-il arrivé(e) de commencer des bagarres ?	NON	OUI	PQ10 9
107. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous déjà blessé ou menacé quelqu'un avec un bâton, une brique, une bouteille cassée, un couteau ou un fusil ?	NON	OUI	PQ11 0
108. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément maltraité ou infligé de la souffrance physique à quelqu'un ?	NON	OUI	PQ11 1
109. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous maltraité ou blessé des animaux de façon intentionnelle ?	NON	OUI	PQ11 2
110. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous volé, dévalisé ou pris par la force des choses en menaçant quelqu'un ?	NON	OUI	PQ11 3
111. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles, à se dévêtir ou à vous faire des attouchements sexuels ?	NON	OUI	PQ11 4
112. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous allumé intentionnellement un incendie ?	NON	OUI	PQ11 5
113. Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément endommagé des choses qui ne vous appartenaient pas ?	NON	OUI	PQ11 6
114. Avant l'âge de 15 ans, vous êtes-vous déjà introduit(e) par infraction dans une maison, un immeuble ou une voiture ?	NON	OUI	PQ11 7
115. Avant l'âge de 15 ans, mentiez-vous beaucoup ?	NON	OUI	PQ11 8
116. Avant l'âge de 15 ans, vous est-il arrivé(e) de voler à l'étalage, de falsifier une signature ou de prendre des choses qui ne vous appartenaient pas ?	NON	OUI	PQ11 9
117. Avant l'âge de 15 ans, vous êtes-vous déjà sauvé(e) de la maison parentale et passé(e) la nuit à l'extérieur ?	NON	OUI	PQ12 0
118. Avant l'âge de 13 ans, vous arrivait-il souvent de rentrer à la maison à des heures tardives, bien après l'heure convenue par vos parents ?	NON	OUI	PQ12 1
119. Avant l'âge de 13 ans, vous arrivait-il souvent de faire l'école buissonnière ?	NON	OUI	PQ12 2

SCID II RESUME : FEUILLE DE RESULTATS

Ensemble des qualités et état complet des informations :

1= faible, 2= passable, 3= bien, 4= excellent 9

Durée de l'entretien (en minutes) : _____ 10

Trouble de la Personnalité Nombre d'items codés 3 (les nombres dans les cases indiquent le seuil requis pour le diagnostic)

01 Evitante (p.3-4)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7			11
02 Dépendante (p.5-7)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7	8		12
03 Obsessive	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7	8		13
Compulsive (p.8-10)										
04 Négativiste (p.11-12)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7	8		14
05 Dépressive (p.13-14)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7			15
06 Paranoïaque (p.15-16)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6				16
07 Schizotypique (p.17-20)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7	8	9	17
08 Schizoïde (p.21-22)	1	2	3	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>	6	7			18
09 Histrionique (p.23-24)	1	2	3	4	<input type="text" value="5"/>	6	7	8		19
10 Narcissique (p. 25-28)	1	2	3	4	<input type="text" value="5"/>	6	7	8	9	20
11 Borderline (p. 29-32)	1	2	3	4	<input type="text" value="5"/>	6	7	8	9	21
12 Antisociale (p. 33-40)	1	2	<input type="text" value="3"/>	4	5	6	7			22
13 Non spécifiée (NOS) 1										23
(p.41)										

DIAGNOSTIC PRINCIPAL AXE II (c'est à dire, le Trouble de la Personnalité qui est, ou qui devrait être le principal centre d'intérêt clinique). **24**

Tapez le numéro du code inscrit à gauche du diagnostic ci-dessus : - -

Remarque : tapez 99 s'il n'y a pas de trouble Axe II.

SCID - II**Panorama****PANORAMA DES TROUBLES DE LA PERSONNALITE**

Je vais maintenant vous poser des questions concernant le type de personne que vous êtes, c'est-à-dire, comment vous vous sentez ou comportez en général.

SI UN TROUBLE AXE I CIRCONSCRIT OU EPISODIQUE A ETE PRESENT : je sais qu'il y a eu des moments où vous avez été (SYMPTOME d'Axe I). Je ne parle pas de ces moments. Et vous devez essayer de penser à comment vous êtes habituellement lorsque vous n'êtes pas (Axe I SXS). Avez-vous des questions à ce sujet ?

Comment vous décririez-vous en tant que personne (avant l'axe I SXS) ?

SI NE PEUT PAS REpondre, AVANCEZ.

Comment pensez-vous que les autres vous décriraient en tant que personne (SYMPTOME d'Axe I) ?

Qui ont été les personnes importantes dans votre vie ? (SI NE CITE QUE LA FAMILLE : Qu'en est-il de vos amis ?)

Comment vous êtes-vous entendu(e) avec eux ?

Pensez-vous que votre façon habituelle de réagir par rapport aux choses ou de vous comporter avec les gens vous a causé des problèmes avec quelqu'un ? (A la maison ? A l'école ? Au travail ?) (De quelle façon ?)

Quel genre de chose avez-vous fait que les autres aient pu trouver dérangeante ?

Comment employez-vous votre temps libre ?

Si vous pouviez changer votre personnalité d'une manière ou d'une autre, de quelle façon voudriez-vous être différent ?

=>SI LE QUESTIONNAIRE A ETE REMPLI :

Je souhaite maintenant revenir sur les questions auxquelles vous avez répondu "oui" dans le questionnaire.

=> SI LE QUESTIONNAIRE N'A PAS ETE REMPLI :

Je souhaite maintenant vous poser quelques questions plus précises ?

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE				
<p>1. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) évité des emplois ou des tâches qui impliqueraient d'être en contact avec beaucoup de personnes.</p> <p>Donnez-moi des exemples. Quelle était la raison pour laquelle vous évitez ces emplois ou ces tâches ?</p> <p>(Avez-vous déjà refusé une promotion parce que cela aurait impliqué d'avoir à traiter avec plus de personnes, ce qui vous aurait mis mal à l'aise ?)</p>	<p>Un modèle diffus d'inhibition sociale, le sentiment de ne pas être à la hauteur avec une hypersensibilité à l'appréciation négative . commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivants:</p> <p>(1) évite les activités prenantes qui impliquent d'avoir des contacts interpersonnels importants, par peur d'être critiqué(e), désapprouvé(e) ou recyclé(e).</p> <p>3 = au moins deux exemples</p>	?	1	2	25
<p>2. Vous avez dit que vous évitez (Evitez-vous) de faire connaissance avec d'autres personnes à moins que vous soyez certain(e) qu'elles vous apprécieront.</p> <p>Si vous ne saviez pas si quelqu'un vous apprécie, vous arriverait-il de faire le premier pas ?</p>	<p>(2) ne veut pas faire connaissance avec les gens à moins d'être certain(e) d'être apprécié(e).</p> <p>3 = ne prend presque jamais l'initiative en s'impliquant dans une relation sociale.</p>	?	1	2	26
<p>3. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) difficile d'être « ouvert(e) » même avec des personnes dont vous êtes proche.</p> <p>Comment cela se fait-il ?(Avez-vous peur qu'on se moque de vous ou que l'on vous mette mal à l'aise ?)</p>	<p>(3) limité(e) dans les relations avec des proches par peur d'être ridicule ou qu'on lui manque de respect.</p> <p>3 = vrai pour presque toutes les relations avec les autres.</p>	?	1	2	27
<p>? = information insuffisante 1 = absent ou faux</p>	<p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>				

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE EVITANTE

<p>4. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) souvent angoissé(e) d'être critiqué(e) ou de ne pas être accepté(e) dans des situations sociales.</p> <p>Donnez-moi des exemples.</p> <p>Passez-vous beaucoup de temps à vous inquiéter à ce sujet ?</p>	<p>(4) préoccupé(e) d'être critiqué(e) ou rejeté(e) dans des situations sociales.</p> <p>3 = passe beaucoup de temps à s'inquiéter</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>28</p>
<p>5. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) généralement silencieux(se) lorsque vous rencontrez de nouvelles personnes.</p> <p>Comment cela se fait-il ?</p> <p>(Est-ce parce que vous vous sentez insuffisant(e) ou pas assez bon(ne) ?)</p>	<p>(5) inhibé(e) dans des situations interpersonnelles nouvelles à cause de sentiments d'insuffisance.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne beaucoup d'exemples.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>29</p>
<p>6. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) peur d'essayer des choses nouvelles.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p>	<p>(6) convaincu(e) qu'une personne puisse être socialement inapte, avoir une personnalité sans intérêt, ou inférieure aux autres.</p> <p>3 = reconnaît sa conviction</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>30</p>
<p>7. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) peur d'essayer des choses nouvelles.</p> <p>Est-ce parce que vous avez peur d'être mis dans l'embarras ?</p> <p>Donnez moi des exemples.</p>	<p>(7) hésite rarement à prendre des risques personnels ou à s'impliquer dans de nouvelles activités parce qu'elle peuvent s'avérer gênantes.</p> <p>3 = plusieurs exemples d'activités évitées par peur d'être mis mal à l'aise</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>31</p>
<p>AU MOINS QUATRE ITEMS SONT CODES « 3 »</p>		<p>1 3</p>	<p>32</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE				
<p>8. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) besoin de recevoir beaucoup de conseils ou d'être rassuré(e) par les autres avant de pouvoir prendre une décision concernant la vie quotidienne telle, quoi porter, ou quoi commander au restaurant.</p>	<p>Un besoin diffus et excessif, que l'on prenne soin de lui (d'elle) conduisant à un comportement de soumission et d'attachement et de peur de la séparation, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq des cas suivants :</p> <p>(1) Est incapable de prendre des décisions quotidiennes sans avoir été rassuré(e) et avoir reçu un nombre considérable de conseils d'autres personnes.</p> <p>3 = plusieurs exemples</p>	?	1	2	33
<p>Pouvez-vous me donner des exemples de types de décisions pour lesquelles vous cherchez à avoir un conseil ou cherchez à être rassuré(e) ?</p> <p>(Cela arrive-t-il presque tous les jours ?)</p>					
<p>9. Vous avez dit que vous dépendez (Dépendez-vous) d'autres personnes pour prendre en main des domaines importants de votre vie tels que les finances, le soin des enfants, l'organisation sociale et récréative.</p>	<p>(2) a besoin des autres pour assumer les responsabilités de la plupart des domaines importants de sa vie .</p> <p>3 = plusieurs exemples</p>	?	1	2	34
<p>Donnez-moi des exemples qui illustrent davantage que de demander, simplement, des conseils aux autres.</p> <p>(Cela s'est-il passé avec la PLUPART des domaines importants de votre vie ?)</p>					
<p>? = information insuffisante 1 = absent ou faux</p>	<p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>				

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE

<p>10. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) difficile de ne pas être d'accord avec des personnes même lorsque vous pensez qu'elles ont tort.</p> <p>Donnez-moi des exemples où vous avez pensé cela.</p> <p>Qu'avez-vous peur qu'il se passe, si jamais vous n'êtes pas d'accord ?</p>	<p>(3) a des difficultés à exprimer son désaccord avec les autres parce qu'il (elle) a peur de ne pas être soutenu(e) approuvé(e) (remarque : n'inclue pas la peur du châtement).</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère ou donne plusieurs exemples.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>35</p>
<p>11. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) difficile de commencer une tâche ou d'y travailler lorsqu'il n'y a personne pour vous aider.</p> <p>Donnez-moi des exemples.</p> <p>Pourquoi cela ? (Est-ce parce que vous n'êtes pas sûr(e) de pouvoir le faire correctement ?)</p>	<p>(4) a des difficultés à lancer des projets ou à faire des choses seul(e) (à cause d'un manque de confiance en ses propres opinions ou ses capacités plutôt que d'un manque de motivation ou d'énergie).</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>36</p>
<p>12. Vous avez dit que vous vous êtes (Vous êtes-vous) souvent spontanément porté(e) volontaire pour faire des choses désagréables.</p> <p>Donnez-moi des exemples de ce genre de chose.</p> <p>Pourquoi cela ?</p>	<p>(5) va très loin pour obtenir de l'énergie et le soutien des autres ; va jusqu'à se porter volontaire pour faire des choses désagréables.</p> <p>(Remarque : n'inclue pas l'attitude qui consiste à tenter de réaliser d'autres projets que celui d'être apprécié(e), tels que l'avancement au travail)</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>37</p>
<p>13. Vous avez dit que vous vous sentez (Vous sentez-vous) généralement mal dans votre peau lorsque vous êtes seul(e).</p> <p>Pourquoi cela ?</p> <p>(Est-ce parce que vous avez besoin que quelqu'un s'occupe de vous ?)</p>	<p>(6) se sent mal à l'aise ou impuissant(e) lorsqu'il (elle) est seul(e), à cause d'une peur excessive d'être incapable de prendre soin de lui (d'elle).</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>38</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPENDANTE

<p>14. vous avez dit que lorsqu'une relation avec quelqu'un de proche prend fin, vous avez (avez-vous) rapidement besoin de trouver quelqu'un d'autre sur qui vous pouvez compter.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(Avez-vous réagi de cette façon la plupart du temps lorsque des relations avec des proches prenaient fin ?)</p>	<p>(7) recherche d'urgence une autre relation avec quelqu'un, comme moyen de prise en charge et de soutien, lorsqu'une relation proche prend fin.</p> <p>3 = arrive lorsque la plupart des relations prennent fin.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>39</p>
<p>15. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) très inquiet(e) qu'on vous abandonne et qu'on vous laisse prendre soin de vous.</p> <p>Y a-t-il souvent des moments où vous ne cessez de vous inquiéter à ce sujet ?</p>	<p>(8) Inquiétude irréaliste de peur d'être abandonné(e) et d'avoir à prendre soin de lui (d'elle).</p> <p>3 = inquiétude irréaliste persistante</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>40</p>
	<p>AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES « 3 »</p>	<p>1 3</p>	<p>41</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIVE COMPULSIVE

**TROUBLE DE LA PERSONNALITE
OBSESSIVE COMPULSIVE**

**CRITERES DU TROUBLE DE
LA PERSONNALITE
OBSESSIVE COMPULSIVE**

Un modèle diffus de préoccupation vis à vis de l'ordre, et du contrôle de l'esprit et des relations interpersonnelles, de la perfection au dépend de la souplesse et de l'ouverture aux autres, et de l'efficacité, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivant:

16. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) le genre de personne à vous arrêter sur des détails, le rangement, et l'organisation, ou qui aime faire des listes et des programmes.

Donnez-moi des exemples.

Etes-vous parfois tellement pris dans ce que vous faites (EXEMPLES) que vous perdez de vue ce que vous essayer de réaliser.

(Est-ce que cela arrive souvent ?)

17. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) des difficultés à terminer un travail tant vous passez de temps à faire en sorte que les choses soient parfaites.

Donnez-moi des exemples.

(Cela arrive-t-il souvent ?)

(1) Souci du détail, des règles, des listes, de l'ordre, de l'organisation, ou des programmes à tel point qu'il (elle) perd de vue les éléments les plus importants de l'action.

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple

(2) perfectionnement qui s'interpose dans l'accomplissement d'une tâche (par exemple : incapacité à accomplir un projet parce que le modèle qu'il (elle) s'est fixé(e) est trop parfait pour être atteint).

3 = plusieurs exemples de tâches inachevées ou reportées plus tard de façon importante à cause de cet esprit perfectionniste.

? 1 2 42
3

? 1 2 43
3

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIVE COMPULSIVE

<p>18. Vous avez dit que vous considérez ou d'autres personnes considèrent (Considérez-vous ou d'autres personnes considèrent-elles) que vous consacrez tellement de temps à votre travail (ou à l'école) qu'il ne vous reste plus de temps libre pour d'autres personnes ou juste pour prendre du plaisir.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(Combien de temps avez vous gardé pour faire d'autres choses ? Etes-vous comme cela d'habitude ?)</p>	<p>(3) un temps excessif consacré au travail et à la productivité à l'exclusion des activités de loisirs ou aux amis (pas justifié par des nécessités économiques).</p> <p>(Remarque : ni justifié par des exigences de travail temporaire)</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>44</p>
<p>19. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) de très hautes idées sur ce qui est bien et ce qui est mal.</p> <p>Donnez-moi des exemples de vos très hautes idées.</p> <p>(Suivez-vous le règlement au pied de la lettre, peu importe de quoi il s'agit ?)</p>	<p>(4) hyperconscientieux(se), scrupuleux(se), et inflexible en ce qui concerne des problèmes de moralité, d'éthique, ou de valeurs morales (qui ne correspondent pas à une identité culturelle ou religieuse).</p> <p>3 = plusieurs exemples où il (elle) adhère ou fait adhérer les autres à des valeurs morales strictes.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>45</p>
<p>20. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) du mal à jeter les choses parce qu'elles pourraient servir un jour.</p> <p>Donnez-moi des exemples de choses que vous êtes incapables de jeter.</p> <p>(Quel est le niveau d'encombrement chez vous, dû au fait que vous ne jetez pas les choses ?)</p>	<p>(5) incapacité à se faire défaire d'objets usés ou inutiles même lorsqu'ils n'ont pas de valeur sentimentale.</p> <p>3 = il en résulte qu'il vit dans le désordre.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>46</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE OBSESSIVE COMPULSIVE

21. Vous avez dit qu'il est (est-il) difficile pour vous de laisser les autres vous aider, à moins qu'ils ne soient d'accord pour faire les choses exactement comme vous le désirez ?	(6) peu enclin à déléguer des tâches ou à travailler avec les autres à moins de les astreindre à faire les choses à sa façon.	? 1 2 47 3
Parlez-moi de cela.	3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple	
(Ceci arrive-t-il souvent ?) (Est-ce que vous ne finissez pas souvent par faire les choses vous-même pour être sûr(e) qu'elles soient faites correctement ?)		
22. Vous avez dit qu'il vous est (Vous est-il) difficile de faire des dépenses pour vous et pour les autres même lorsque vous avez les moyens.	(7) se comporte de façon pingre pour lui et les autres ; l'argent perçu est comme quelque chose a accumuler en prévisions de catastrophes à venir.	48
Pourquoi ? (Est-ce parce que vous êtes inquiet(e) d'en manquer plus tard quand vous en aurez vraiment besoin ?)	3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple	
Parlez-moi des choses pour lesquelles vous n'avez pas dépensé d'argent parce que vous deviez économiser pour plus tard.		
23. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) souvent tellement sûr(e) d'avoir raison que ce que peuvent dire les autres n'a pas d'importance.	(8) rigide et têtu(e) 3 = reconnaît ce trait de caractère ou d'autres personnes le lui en ont parlé	49
Parlez-moi de cela.		
24. Vous avez dit que des personnes vous ont (des personnes vous ont-elles) déjà dit que vous étiez têtu(e) ou rigide.		
Parlez-moi de cela.		
	AU MOINS QUATRE ITEMS SONT CODES « 3 »	50

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID- II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE

**TROUBLE DE LA PERSONNALITE
PASSIVE-AGRESSIVE**

**CRITERES DU TROUBLE DE
LA PERSONNALITE PASSIVE-
AGRESSIVE**

Un modèle diffus d'attitudes négativistes et une résistance passive à l'exécution de tâches demandées par d'autres personnes commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivants :

25. Vous avez dit que lorsque quelqu'un vous demande de faire quelque chose que vous ne voulez pas, vous dites (Dites-vous) « oui », mais ensuite travaillez lentement ou faites du mauvais travail.

(1) résiste passivement à l'accomplissement de la routine sociale et à la réalisation de tâches prenant du temps.

? 1 2 51
3

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

Donnez-moi des exemples à ce sujet.

26. Vous avez dit que (Souvent si) vous n'avez pas envie de faire quelque chose, vous « oubliez » simplement de la faire.

Donnez des exemples à ce sujet.

27. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent le sentiment que les autres ne vous comprennent pas, ou n'apprécient pas ce que vous faites à sa juste valeur.

(2) se plaint d'être mal compris(e) et que les autres le (la) mésestiment.

? 1 2 52
3

3 = reconnaît ce trait de caractère

Dites m'en plus à ce sujet.

(Vous plaignez-vous de cela auprès des autres ?)

28. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) souvent de mauvaise humeur et susceptible d'entrer dans des querelles ?

(3) est renfrogné(e) et disposé(e) à argumenter

? 1 2 53
3

3 = reconnaît ce trait de caractère

Dites-moi quand cela arrive.

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID- II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PASSIVE-AGRESSIVE

<p>29. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) constaté que la plupart de vos patrons, professeurs, surveillants, médecins, et autres qui sont censés savoir ce qu'ils font ne le savent absolument pas.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p>	<p>(4) critique de manière déraisonnable et méprise l'autorité.</p> <p>3 = plusieurs exemples</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>54</p>
<p>30. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) souvent que ce n'est pas juste que les autres aient plus que vous.</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.</p>	<p>(5) porte de l'envie et de la rancœur envers ceux qui sont en apparence plus chanceux.</p> <p>3 = exemples de jalousie et de rancœur</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>55</p>
<p>31. Vous avez dit que vous vous plaignez (Vous plaignez-vous) souvent d'avoir eu plus que votre part d'expériences malheureuses ?</p> <p>Considérez votre vie rétrospectivement ; est-ce que vous avez l'impression qu'il vous arrive toujours des malheurs ?</p>	<p>(6) profère des plaintes excessives et constantes sur sa malchance personnelle.</p> <p>3 = Donnez les mauvaises choses qui arrivent toujours (pas limité aux mauvais moments particuliers dans la vie de la personne).</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>56</p>
<p>32. Vous avez dit que vous refusez (Refusez-vous) avec colère de faire ce que les autres souhaitent et qu'ensuite vous vous sentez mal et vous vous excusez ?</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.</p>	<p>(7) oscille entre l'audace de braver les autres et les remords.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>57</p>
<p>AU MOINS 6 ITEMS SONT CODES « 3 »</p>		<p>1 3</p>	<p>58</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE

CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE

REMARQUE : Les critères du DSM IV excluent un diagnostic de personnalité dépressive si le comportement a lieu seulement pendant des épisodes de dépression majeur ou qu'il est en mieux rendu compte par un trouble disthymique. Se reporter au guide d'utilisation pour une discussion des options afin d'opérationnaliser ce critère.

A. Un modèle diffus de perceptions dépressives commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq des cas suivants :

33. Vous avez dit que vous vous sentez (Vous sentez-vous) habituellement triste ou que la vie est sans plaisir ?

(1) l'humeur habituelle est dominée par l'abattement, la morosité, le découragement, le désenchantement, la tristesse, le malheur.

? 1 2 3 59

Parlez-moi de cela.

3 = reconnaît ce trait de caractère

34. Vous avez dit que vous croyez (Croyez-vous) que vous n'êtes fondamentalement pas à la hauteur ; et vous avez (Avez-vous) souvent une mauvaise opinion de vous même.

(2) sa propre conception est fondée sur la conviction de ne pas être à la hauteur, d'être inutile, d'avoir une basse image de lui (d'elle).

? 1 2 3 60

Parlez-moi de cela.

3 = reconnaît ce trait de caractère

35. Vous avez dit que vous vous accablez (Vous accablez-vous) souvent.

(3) se critique, se fait des reproches, et se rabaisse.

? 1 2 3 61

Parlez-moi de cela.

3 = reconnaît ce trait de caractère

(Vous reprochez-vous souvent les choses qui n'ont pas fonctionnées ?)

36. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) un(e) inquiet(e).

(4) rumine et à tendance à s'inquiéter

? 1 2 3 62

Parlez-moi de cela.

3 = reconnaît ce trait de caractère

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE DEPRESSIVE

<p>37. Vous avez dit que vous jugez (Jugez-vous) souvent les autres sévèrement et leur trouvez (Trouvez-vous) facilement des défauts.</p> <p>Donnez-moi des exemples du genre de choses envers lesquelles vous êtes critique.</p>	<p>(5) est négativiste, critique, juge les autres.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>63</p>
<p>38. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) que la plupart des gens sont fondamentalement mauvais.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p>	<p>(6)est pessimiste</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>64</p>
<p>39. Vous avez dit que vous (Attendez-vous) vous attendez presque toujours au pire.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p>	<p>(6)est pessimiste</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>65</p>
<p>40. Vous avez dit que vous (Sentez-vous) vous sentez coupable de choses que vous avez ou n'avez pas faites.</p> <p>Quel genre de choses ?</p>	<p>(7) est enclin à se sentir coupable ou à avoir des tas de remords.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.</p>	<p>1 3</p>	<p>66</p>
<p>AU MOINS CINQ ITEMS CODES « 3 »</p>			

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE
TROUBLE DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE

CRITERES DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE

La conduite ne doit pas être considérée comme caractéristique de la personnalité paranoïaque si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie, un trouble de l'humeur avec des traits psychotiques, ou un autre trouble psychotique ou est dû à des effets physiologiques d'un état médical général.

Une méfiance et une suspicion diffuses envers les autres, telle que les motifs s'y rapportant sont perçus comme malveillants, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins quatre des cas suivants :

41. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent besoin de garder les yeux ouverts pour empêcher les gens de vous utiliser ou de vous faire du mal. Parlez-moi de cela.

(1) soupçonne sans fondement que les autres l'exploitent, lui font du tort, ou le (la) trompent. ? 1 2 67
3

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

42. Vous avez dit que vous passez (Passez-vous) beaucoup de temps à vous demander si vous pouvez avoir confiance en vos amis ou les personnes avec lesquelles vous travaillez. Décrivez des situations dans lesquelles vous avez eu ce sentiment. (Vous sentez vous souvent comme cela ?)

(2) est préoccupé(e) par des doutes injustifiés concernant la loyauté ou la fidélité d'amis ou de collègues. ? 1 2 68
3

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple

43. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) qu'il est préférable de ne pas laisser les autres en savoir trop long sur vous parce qu'ils pourraient utiliser cela contre vous.

(3) est peu disposé(e) à se confier aux autres parce qu'il (elle) a une peur indue que l'information soit utilisée avec malveillance contre lui (elle). ? 1 2 69
3

3 = reconnaît que la fait d'être peu disposé(e) à se confier soit dû à la méfiance (non pas au pur refus)

Quand cela se passe-t-il ?

Parlez-moi de cela ?

44. Vous avez dit que vous détectez (Détectez-vous) souvent des menaces ou des insultes cachées dans les choses que les gens disent ou font ?

(4) lit le sens caché rabaissant ou menaçant dans des observations ou des événements anodins. ? 1 2 70
3

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

Donnez-moi des exemples.

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE PARANOIAQUE

<p>45. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) le genre de personne qui garde rancune ou qui met longtemps à pardonner aux personnes qui vous ont offensées ou traitées sans égards.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p>	<p>(5) porte une rancune persistante, c'est à dire, qu'il (elle) est inflexible si on l'offense, on lui fait du tort, ou qu'on lui manque d'égards.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>71</p>
<p>46. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) beaucoup de personnes à qui vous ne pouvez pardonner parce qu'elles vous ont dit ou fait quelque chose il y a longtemps.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p>			
<p>47. Vous avez dit que vous (fâchez-vous) vous fâchez ou que vous (Mettez-vous) vous mettez souvent en colère lorsque quelqu'un vous critique ou vous offense sur certains points.</p> <p>Donnez-moi des exemples.</p>	<p>(6) ressent des attaques sur sa personnalité ou sa réputation qui pour les autres ne semblent pas en être, est rapide à se mettre en colère et à contre attaquer.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>72</p>
<p>48. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent soupçonné votre époux(se) ou partenaire d'avoir été infidèle.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(Quelles sont les preuves que vous avez ? Qu'avez vous fait à ce sujet ? Aviez-vous raison ?)</p>	<p>(7) soupçons récurrents, non motivés, concernant la fidélité de son époux(se) ou de son (sa) partenaire sexuel(le).</p> <p>3 = avec plusieurs partenaires ou à plusieurs occasions avec le même partenaire.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>73</p>
	<p>AU MOINS QUATRE (A) ITEMS SONT CODES « 3 »</p>	<p>1 3</p>	<p>74</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

**LE TROUBLE
DE LA
PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE**

La conduite ne doit être considérée comme une caractéristique de la personnalité schizotypique si elle arrive exclusivement durant un épisode de schizophrénie, un trouble de l'humeur avec des traits psychotiques, ou un autre trouble psychotique ou un trouble envahissant du développement.

49. Vous avez-dit que lorsque vous êtes dehors en public et que vous voyez des personnes parler, vous avez (Avez-vous) souvent la sensation que l'on parle de vous.

Dîtes m'en plus à ce sujet.

50. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent le sentiment que les choses qui n'ont pas de signification particulière (spéciale) pour la plupart des gens sont réellement destinées à vous transmettre un message ?

Dîtes m'en plus à ce sujet.

51. Vous avez dit que quand vous êtes en compagnie de personnes, vous avez (Avez-vous) le sentiment que l'on vous surveille et que l'on vous regarde fixement ?

Dîtes m'en plus à ce sujet.

**CRITERES DU TROUBLE DE
LA
PERSONNALITE
SCHIZOTYPIQUE**

Un modèle de déficience sociale et interpersonnelle marquée par un malaise aigu et une capacité réduite pour les relations proches avec les autres ainsi que des déformations cognitives ou de perception et des excentricités dans le comportement, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq des cas suivants :

(1) Idée de référence (excluant délires de référence) ? 1 2 3 75

3 = plusieurs exemples

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

<p>52. Vous avez dit que vous avez déjà (Avez-vous déjà) eu la sensation que vous pouviez faire arriver les choses simplement en faisant un voeu ou en pensant à elles.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)</p>	<p>(2) des croyances bizarres ou des pensées surnaturelles qui influent sur le comportement et ne correspondent pas à des modèles ethniques (par exemple, la superstition, croire en la voyance, la télépathie, ou au « 6ème sens », croire en ce que disent les enfants ou des adolescents, avoir des idées ou des préoccupations bizarres.</p> <p>3 = plusieurs exemples de phénomènes semblables qui influent sur le comportement et qui ne correspondent pas à des modèles ethniques.</p>	<p>? 1 2 76 3</p>
<p>53. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) eu des expériences personnelles avec le surnaturel.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)</p>		
<p>54. Vous avez dit que vous croyez (Croyez-vous) avoir un « sixième sens » qui vous permette de savoir et de prédire les choses que les autres ne peuvent savoir.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(Comment cela a-t-il influé sur vous ?)</p>		
<p>55. Vous avez dit qu'il vous semble souvent (Vous semble-t-il souvent) que les ombres ou les objets sont en réalité des gens ou des animaux ou que des bruits sont des voix humaines ?</p> <p>Donnez-moi des exemples.</p> <p>(Etiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)</p>	<p>(3) expériences de perceptions inhabituelles, y compris des illusions d'optique de corps physiques.</p> <p>3 = plusieurs exemples d'expériences de perception inhabituelles non justifiées par la drogue ou un état médical général.</p>	<p>? 1 2 77 3</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

56. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) eu la sensation qu'une personne ou une force était autour de vous, même si vous ne pouviez voir personne.

Dîtes m'en plus à ce sujet.

(Etiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)

57. Vous avez dit que vous voyez (Voyez-vous) souvent des auras ou des champs d'énergie autour des gens.

Dîtes m'en plus à ce sujet.

(Etiez-vous en train de boire ou de prendre de la drogue à ce moment ?)

OBSERVE AU COURS DE L'ENTRETIEN

(4) des pensées et des paroles bizarres (par exemple floues, circonstancielles, métaphoriques, sophistiquées, stéréotypées) ? 1 2 3 78

CODE « 3 » SI N'IMPORTE QUEL CRITÈRE PARANOÏAQUE (1), (2), (3), (4), OU (7) SONT CODÉS « 3 »

(5) Idées suspicieuses ou paranoïaques ? 1 3 79

OBSERVE AU COURS DE L'ENTRETIEN

(6) Emotion inappropriée ou retenue ? 1 2 3 80

OBSERVE AU COURS DE L'ENTRETIEN

(7) Un comportement ou une apparence bizarre, excentrique ou singulière ? 1 2 3 81

58. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) très peu de personnes dont vous êtes vraiment proche en dehors de votre famille directe.

(8) manque d'ami(e)s proches ou de confident(e)s autres que les relations du premier degré ? 1 2 3 82

Combien d'amis proches avez-vous ?

3 = pas d'amis proches (autres que les relations au premier degré)

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE

59. Vous avez dit que vous (Sentez-vous) vous sentez souvent nerveux(se) lorsque vous êtes avec d'autres personnes.	Une anxiété sociale excessive qui ne diminue pas avec la fréquentation et tend à s'associer à des peurs paranoïaques plutôt qu'à des jugements négatifs sur soi	?	1	2	83
Qu'est ce qui vous rend nerveux(se) ?	3 = reconnaît une excessive anxiété liée à la suspicion vis à vis des intentions des autres.	3			
(Etes-vous anxieux(se) même après avoir été avec eux pendant un moment ?)					
	AU MOINS CINQ (A) ITEMS SONT CODES « 3 »	1	3		84

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOIDE

**TROUBLE DE LA PERSONNALITE
SCHIZOIDE**

**CRITERES
DE LA
PERSONNALITE SCHIZOIDE**

Un modèle diffus de détachement des relations sociales et un éventail restreint de façon d'exprimer l'émotion dans les situations interpersonnelles, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes, comme dans au moins quatre (ou plus) des cas suivants :

60. Vous avez dit que ne pas avoir de relations proches n'est pas importants pour vous.

Dîtes m'en plus à ce sujet.

(Qu'en est-il à propos de votre famille ?)

(1) ne désire pas ni n'apprécie de proches relations avec les autres, y compris de faire partie d'une famille.

3 = reconnaît ce trait de caractère

? 1 2 85
3

61. Vous avez dit que vous préféreriez (Préféreriez-vous) presque toujours faire les choses seul(e) plutôt qu'avec d'autres personnes.

(Cela est-il vrai au travail et pendant vos temps libres ?)

(2) choisit presque toujours des activités solitaires

3 = reconnaît ce trait de caractère

? 1 2 86
3

62. Vous avez dit que vous pourriez (Pourriez-vous) être satisfait(e) sans avoir de relation sexuelle avec quelqu'un.

Dîtes m'en plus à ce sujet.

(Avez-vous toujours eu peu d'intérêt à avoir des rapports sexuels avec quelqu'un ?)

(3) a peu ou pas d'intérêt pour avoir des relations sexuelles avec une autre personne.

? 1 2 87
3

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOIDE

<p>63. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) vraiment très peu de choses qui vous fassent énormément plaisir.</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(Qu'en est-il des choses physiques telles que manger un bon repas ou avoir des rapports sexuels ?)</p> <p>DEJA CODE DANS LE CAS (4) POUR LE TROUBLE DE LA PERSONNALITE SCHIZOTYPIQUE</p>	<p>(4) prend du plaisir dans peu ou pas d'activité.</p> <p>Remarque : l'absence de plaisir, s'applique particulièrement aux expériences sensorielles, physiques et interpersonnelles.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>88</p>
<p>64. Vous avez dit que (Est-ce que) ce que pensent les autres de vous n'a pas d'importance.</p> <p>Comment vous sentez-vous lorsque les gens vous complimentent ou vous critiquent ?</p>	<p>(6) semble indifférent aux compliments ou aux critiques des autres.</p> <p>3 = revendique son indifférence aux compliments ou aux critiques</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>90</p>
<p>65. Vous avez dit qu'il vous semble (vous semble-t-il) que rien ne vous rend très heureux(se) ou très triste.</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.(prendre également en compte le comportement au cours de l'entretien)</p>	<p>(7) montre de la froideur, du détachement, ou une mince affectivité dans ses émotions.</p> <p>3 = n'arrive pas uniquement au cours d'un Trouble de l'Humeur.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>91</p>
<p>AU MOINS QUATRE ITEMS « A » SONT CODES « 3 »</p>		<p>1 3</p>	<p>92</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIONIQUE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIONIQUE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIONIQUE				
<p>66. Vous avez dit que vous aimez (Aimez-vous) être le centre d'attention.</p> <p>Comment vous sentez vous lorsque vous ne l'êtes pas ?</p>	<p>Un modèle diffus d'émotion excessive et recherche d'attirer l'attention, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq (ou plus) des cas suivants :</p> <p>(1) est gêné(e) dans des situations dans lesquelles il ou elle n'est pas le centre d'attention.</p> <p>3 = se sent mal à l'aise quand n'est pas le centre d'attention.</p>	?	1	2	93
<p>67. Vous avez dit que vous draguez (Draguez-vous) beaucoup.</p> <p>Est-ce que quelqu'un vous a reproché cela ? (TENIR COMPTE EGALEMENT DU COMPORTEMENT AU COURS DE L'ENTRETIEN)</p>	<p>(2) l'interaction avec les autres est souvent caractérisé par un comportement sexuel, de séduction ou de provocation inapproprié.</p> <p>3 = reconnaît les reproches, décrit un comportement inapproprié, ou perçu comme étant un comportement de séduction inapproprié.</p>	?	1	2	94
<p>68. Vous avez dit que vous vous trouvez (Trouvez-vous) aguichant avec les autres ?</p> <p>Parlez-moi de cela. (TENIR COMPTE EGALEMENT DU COMPORTEMENT AU COURS DE L'ENTRETIEN)</p>	<p>(3) manifeste des émotions rapidement changeantes et superficielles.</p>	?	1	2	95

? = information insuffisante

1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil

3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE HISTRIONIQUE

<p>69. Vous avez dit que vous essayez (Essayez-vous) d'attirer l'attention sur vous par la façon dont vous vous habillez ou par votre apparence.</p> <p>Comment faites-vous cela ?</p>	<p>(4) utilise les apparences physiques conséquemment pour attirer l'attention vers lui (elle).</p> <p>3 = reconnaît être très innervé(e) si n'a pas l'air attirant(e), ou consacre un temps excessif à son apparence (non justifié par un rite).</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>96</p>
<p>OBSERVE AU COURS DE L'ENTRETIEN</p>	<p>(5) a une façon de parler qui est extrêmement impressionniste et manque de détails.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>97</p>
<p>70. Vous avez dit que vous vous faites (Vous faites-vous) souvent un devoir d'être théâtral(e) ou original(e).</p> <p>Parlez-moi de cela.</p> <p>(Aimez-vous montrer vos émotions, par exemple, en serrant les gens dans vos bras même si vous ne les connaissez pas très bien ou en pleurant facilement.)</p>	<p>(6) manifeste des émotions dramatiques, théâtrales et exagérées envers lui (elle).</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>98</p>
<p>71. Vous avez dit que vous changez (Changez-vous) souvent d'idées en fonction des personnes avec qui vous êtes ou de ce que vous venez juste de lire ou de voir à la T. V. ?</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.</p>	<p>(7) est influençable, c'est à dire, facilement influencé(e) par les autres ou les circonstances.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>99</p>
<p>72. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) beaucoup d'amis avec qui vous êtes très proche ?</p> <p>Combien ? Qui sont-ils ?</p>	<p>(8) considère que les relations avec les autres doivent être plus intimes que ce qu'elles sont effectivement.</p> <p>3 = Affirme qu'il possède plus de relations proches qu'on ne le croit</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>100</p>
<p>AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES « 3 »</p>		<p>1 3</p>	<p>101</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

<p>73. Vous avez dit qu'il y a (Y a-t-il) beaucoup de personnes qui omettent d'apprécier vos talents particuliers ou ce que vous avez fait ?</p> <p>Donnez-moi des exemples de cela.</p>	<p>Un modèle diffus qui consiste à se considérer comme quelqu'un de grandiose (dans ses fantasmes ou dans le comportement), besoin d'être admiré(e) et manque d'empathie, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq (ou plus) des cas suivants :</p> <p>(1) donne un sens grandiose à son importance (par exemple : grossit réalisations et talents, attend d'être reconnu(e) comme supérieur(e) sans qu'il s'agisse de réalisations commensurables.)</p> <p>3 = Au moins un exemple de grandiosité.</p>	<p>? 1 2 102 3</p>
<p>74. Vous avez dit que les gens vous ont (Vous ont-ils) dit que vous aviez une trop haute opinion de vous même.</p> <p>Donnez-moi des exemples de ceci.</p>	<p>(2) est préoccupé(e) par des fantasmes de succès, de pouvoir, de gloire, beauté ou d'amour idéal, sans limite.</p> <p>3 = la plupart du temps passe sa journée à rêver ou à poursuivre des buts non réalistes.</p>	<p>? 1 2 103 3</p>
<p>75. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) beaucoup au pouvoir, à la renommée ou à la reconnaissance qui sera la votre un jour.</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.</p> <p>(Combien de temps passez-vous à penser à ces choses ?)</p>	<p>76. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) beaucoup à la parfaite histoire d'amour que vous vivrez un jour.</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.</p> <p>(Tout les combien pensez-vous à cela ?)</p>	<p>? 1 2 3</p>
<p>? = information insuffisante 1 = absent ou faux</p>		<p>2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai</p>

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

77. Vous avez dit que lorsque vous avez un problème (Insistez-vous) vous insistez presque toujours pour voir la personne la plus haut placée. Donnez-moi des exemples. (Pourquoi devez-vous voir la personne la plus haut placée ?)	(3) croit que lui ou elle est « spécial(e) » et unique et ne peut être compris(e) par, ou devrait se joindre à, des personnes (ou établissements) de niveau élevé. 3 = reconnaît ce trait de caractère	? 1 2 3	10 4
78. Vous avez dit que vous considérez (Considérez-vous) qu'il est important de consacrer du temps aux gens particulièrement influents. Pourquoi cela ?			
79. Vous avez dit qu'il est (Est-il) très important pour vous que les gens vous prêtent attention ou vous admirent, d'une façon ou d'une autre. Dîtes m'en plus à ce sujet.	(4) a un besoin excessif d'être admiré(e). 3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.	? 1 2 3	10 5
80. Vous avez dit que vous pensez (Pensez-vous) qu'il n'est pas indispensable de suivre certaines règles ou conventions sociales lorsqu'elles se mettent en travers de votre chemin. Donnez-moi des exemples. (Avez-vous le sentiment que votre situation est particulière de sorte que vous nécessitez un traitement de faveur ?)	(5) a un sens des prérogatives, c'est à dire, a des attentes déraisonnables de traitements de faveur ou de complaisance automatique vis à vis de ses désirs. 3 = plusieurs exemples.	? 1 2 3	10 6
81. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent le sentiment que vous êtes le type de personne qui mérite un traitement spécial ? Dîtes m'en plus à ce sujet. Pourquoi devriez-vous être mieux traité(e) que les autres ?			
82. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) nécessaire de marcher sur quelques pieds pour obtenir ce que vous voulez. Donnez-moi des exemples de cela (Cela arrive-t-il souvent ?)	(6) tire partie des relations interpersonnelles, c'est à dire, profite des autres pour arriver à ses propres fins. 3 = plusieurs exemples dans lesquels une autre personne est exploitée.	? 1 2 3	10 7

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

83. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) souvent besoin de placer vos désirs au-dessus de ceux des autres.

Donnez-moi des exemples où cela arrive.

84. Vous avez dit que vous attendez (Attendez-vous) des autres de faire ce que vous voulez sans poser de question, parce que c'est vous.

(Cela arrive-t-il souvent ?)

85. Vous avez dit que vous n'êtes pas (N'êtes-vous pas) réellement intéressé(e) par les problèmes ou les sentiments des autres.

Parlez-moi de cela.

86. Vous avez dit que les autres se plaignent (Les autres se plaignent-ils) que vous ne les écoutez pas ou que vous ne vous préoccupez pas de leur sentiments.

Parlez-moi de cela.

87. Vous avez dit que vous êtes (Etes-vous) souvent envieux des autres.

Parlez-moi de cela. (Combien de fois vous sentez-vous comme cela ?)

88. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) le sentiment que souvent les autres vous envient ?

Qu'est ce qu'ils vous envient ?

(7) manque d'empathie : ne veut pas reconnaître ou identifier les sentiments ou les besoins des autres.

3 = reconnaît ce trait de caractère
OU donne plusieurs exemples.

? 1 2 10
3 8

(8) est souvent envieux(se) des autres ou croit que les autres lui portent de l'envie.

3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple.

? 1 2 10
3 9

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE NARCISSIQUE

89. Vous avez dit que vous trouvez (Trouvez-vous) qu'il y a très peu de gens qui méritent votre estime et votre attention. Parlez-moi de cela	(9) manifeste des comportements ou des attitudes arrogantes, hautaines (PRENDRE EGALEMENT EN COMPTE LE COMPORTEMENT AU COURS DE L'ENTRETIEN). 3 = reconnaît ce trait de caractère ou ce qui est observé au cours de l'entretien.	? 1 2 3	11 0
	AU MOINS CINQ ITEMS SONT CODES « 3 »	1 3	11 1

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

<p>90. Vous avez dit que vous vous êtes (Vous êtes-vous) souvent mis(e) hors de vous à l'idée qu'une personne que vous appréciez réellement était sur le point de vous quitter.</p> <p>Qu'aviez-vous fait ?</p> <p>L'aviez-vous menacé(e) ou supplié(e) ?</p>	<p>Un modèle diffus d'instabilité dans des relations interpersonnelles, la perception de soi, l'affectivité, l'impulsivité prononcée, commençant au début de l'âge adulte et présent dans toutes sortes de contextes comme dans au moins cinq (ou plus) des cas suivants :</p> <p>(1) des efforts prodigieux pour éviter des abandons réels ou imaginaires (N'INCLUE PAS LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE OU D'AUTOMUTILATION COMPRIS DANS (5))</p> <p>3 = plusieurs exemples</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>11 2</p>
<p>91. Vous avez dit que (Est-ce que) vos relations avec les personnes que vous aimez vraiment connaissent beaucoup de hauts et de bas.</p> <p>Parlez-moi d'eux.</p> <p>(Y a-t-il eu des moments où vous pensiez qu'ils étaient tout ce que vous vouliez et puis d'autres où vous pensiez qu'ils étaient affreux ? Combien de relations étaient comme ça ?)</p>	<p>(2) un modèle de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par le balancement entre des extrêmes : l'idéalisation et la désinvolture.</p> <p>3 = soit une relation prolongée ou plusieurs relations courtes dans lesquelles le modèle de balancement arrive au moins deux fois.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>11 3</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

<p>97. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) tenté de vous faire du mal ou de vous suicider ou menacé de le faire.</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.</p>	<p>(5) un comportement suicidaire récurrent, des actions, des menaces, ou des comportements d'automutilation.</p> <p>3 = deux ou plusieurs cas (quand pas dans un Passage Dépressif Important).</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>11 6</p>
<p>98. Vous avez dit que vous vous êtes (Vous êtes-vous) déjà intentionnellement coupé(e), brûlé(e), ou écorché(e).</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.</p>	<p>(6) une instabilité affective due à une humeur susceptible prononcée (par exemple : période intense de dysphorie, d'irritabilité, ou d'anxiété durant généralement quelques heures et seulement rarement plus de quelques jours.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>11 7</p>
<p>99. Vous avez dit que vous avez (Avez-vous) beaucoup de soudains changements d'humeur.</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.</p> <p>(Combien de temps durent vos « mauvaises » humeurs ? Tout les combien ces sautes d'humeur arrivent-elles ? Avec quelle rapidité vos humeurs changent-elles ?)</p>	<p>(7) sentiments chroniques de vide.</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>11 8</p>
<p>100. Vous avez dit que vous vous sentez (Vous sentez-vous) souvent vide de l'intérieur.</p> <p>Dîtes m'en plus à ce sujet.</p>	<p>(8) une colère incongrue, intense ou des difficultés à contrôler la colère (par exemple : emportements d'humeur, colère constante, bagarres répétées.)</p> <p>3 = reconnaît ce trait de caractère et donne au moins un exemple OU plusieurs exemples.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>11 9</p>

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

102. Vous avez dit que vous frappez (Frappez-vous) les gens ou vous jetez (jetez-vous) des choses lorsque vous vous mettez en colère.

Dîtes m'en plus à ce sujet

(Cela arrive-t-il souvent ?)

103. Vous avez dit que (Est-ce que) même de petites choses vous mettent très en colère.

Quand cela arrive-t-il ?

(Cela arrive-t-il souvent ?)

104. Vous avez dit que vous devenez (Devenez-vous) soupçonneux(se) vis à vis des autres ou que vous vous sentez (vous sentez-vous) particulièrement sous influence ?

Parlez-moi de cela.

(9) stress passé lié à la création d'idées paranoïaques ou de sévères symptômes dissociés.

3 = plusieurs exemples qui n'arrivent pas uniquement pendant un Trouble Psychotique ou un Trouble de l'Humeur avec des Caractéristiques Psychotiques.

12
0

**AU MOINS CINQ ITEMS SONT
CODES « 3 »**

12
1

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	CRITERES DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE		
	A. L'individu a au moins 18 ans.	? 1 2 3	12 2
	B. Il n'y a pas de preuve d'un Trouble de Conduite avec des crises avant l'âge de 15 ans.		
105. Vous avez dit que vous avez avant l'âge de 15 ans (Avant l'âge de 15 ans avez-vous) brutalisé ou menacé d'autres enfants.	(1) bravade, menace ou intimidé souvent les autres.	? 1 2 3	12 3
Parlez-moi de cela.			
106. Vous avez dit que vous avez avant l'âge de 15 ans (Avant l'âge de 15 ans avez-vous) déclenché des bagarres.	(2) déclenche souvent des bagarres.	? 1 2 3	12 4
Combien de fois ?			
107. Vous avez dit que vous avez (Avant l'âge de 15 ans avez-vous) déjà blessé ou menacé quelqu'un avec une batte, une brique, une bouteille cassée, un couteau ou un pistolet.	(3) a utilisé une arme qui peut provoquer des souffrances sérieuses aux autres (par exemple : une batte, une brique, une bouteille cassée, un couteau, un pistolet).	? 1 2 3	12 5
Parlez-moi de cela.			
108. Vous avez dit que vous avez avant l'âge de 15 ans (Avant l'âge de 15 ans avez-vous) délibérément torturé quelqu'un ou causé de la douleur physique ou de la souffrance.	(4) a été cruel(le) avec les autres physiquement.	? 1 2 3	12 6
Qu'avez-vous fait ?			

? = information insuffisante
I = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

109. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans vous avez blessé un animal intentionnellement. (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous blessé un animal intentionnellement ?)	(5) a été cruel(le) avec les animaux physiquement.	? 1 2 3	12 7
Qu'avez-vous fait ?			
110. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez volé, agressé ou forcé quelqu'un à faire quelque chose en le menaçant.	(6) a volé en présence de victimes (par exemple : agression, vol de sac à main, extorsion, vol à main armée).	? 1 2 3	12 8
Parlez-moi de cela.			
111. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez obligé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec vous, à se déshabiller devant vous ou à vous toucher sexuellement.	(7) a forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels.	? 1 2 3	12 9
Parlez-moi de cela.			
112. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez (Avant l'âge de 15 ans avez-vous) déjà déclenché des incendies.	(8) a délibérément déclenché des incendies avec l'intention de provoquer des dégâts importants.	? 1 2 3	13 0
Parlez-moi de cela.			
113. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez délibérément abîmé (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous délibérément abîmé) des choses qui n'étaient pas à vous.	(9) a délibérément détruit la propriété des autres (autre que par le feu).	? 1 2 3	13 1
Qu'avez-vous fait ?			
114. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez cambriolé une maison, d'autres bâtiments, ou une voiture (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous cambriolé une maison, d'autres bâtiments, ou une voiture ?)	(10) a délibérément détruit les biens ou la voiture de quelqu'un d'autre.	? 1 2 3	13 2
Parlez-moi de cela.			

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

<p>115. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez beaucoup menti ou escroqué les autres. (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous beaucoup menti ou escroqué les autres ?)</p>	<p>(11) ment souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour ne pas s'acquitter de ses engagements (c'est à dire escroque les autres).</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>13 3</p>
<p>Sur quoi auriez-vous menti ?</p>			
<p>116. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous avez parfois volé des choses ou volé à l'étalage ou imité une signature. (Avant l'âge de 15 ans, avez-vous déjà volé des choses ou volé à l'étalage ou imité une signature ?)</p>	<p>(12) a volé des objets de valeur sans importance, sans faire face à la victime (par exemple : vol sans casser et pénétrer, contrefaçon).</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>13 4</p>
<p>Parlez-moi de cela.</p>			
<p>117. Vous avez dit qu'avant l'âge de 15 ans, vous vous êtes enfui(e) de la maison pendant la nuit. (Avant l'âge de 15 ans vous êtes-vous enfui(e) de la maison ?)</p>	<p>(13) s'est enfui(e) de chez lui pendant la nuit au moins deux fois pendant qu'il vivait chez ses parents ou chez ses parents de substitution (ou une fois n'est pas rentré(e) pendant une longue période).</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>13 5</p>
<p>Cela s'est-il passé plus d'une fois ?</p>			
<p>(Avec qui habitiez-vous à l'époque ?)</p>			
<p>118. Vous avez dit qu'avant l'âge de 13 ans, vous restiez (Avant l'âge de 13 ans, restiez-vous) souvent dehors très tard, longtemps après l'heure à laquelle vous étiez censé(e) rentrer.</p>	<p>(14) reste souvent pendant la nuit en dépit de l'interdiction parentale, commencé avant l'âge de 13 ans.</p>	<p>? 1 2 3</p>	<p>13 6</p>
<p>Combien de fois ?</p>			

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

119. Vous avez dit qu'avant l'âge de 13 ans vous avez fait l'école buissonnière. (Avant l'âge de 13 ans avez-vous fait l'école buissonnière ?)	(15) a souvent été absent de l'école sans permission.	? 1 2 3	13 7
--	---	------------	---------

Combien de fois ?

AU MOINS DEUX ITEMS SONT CODES « 3 »	1 3	13 8
---	-----	---------

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE	CRITERES DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE			
Depuis l'âge de 15 ans...	C. Il y a un modèle diffus d'irrespect à l'égard de la violation des droits des autres, commençant à l'âge de 15 ans, comme le montre trois (ou plus) des cas suivants :			
Avez-vous fait des choses (qui sont contre la loi - même si vous n'avez pas été pris(e) - telles que voler, vendre de la drogue, tremper dans des affaires financières, ou la prostitution ?	(1) n'arrive pas à se conformer à des normes sociales, à respecter des comportements légaux comme le montrent des exécutions de loi répétées qui sont des motifs d'arrestations.	? 1 2 3	13 9	
SI NON = Avez-vous déjà été arrêté(e) pour quelque chose ?	3 = plusieurs exemples			
Mentez-vous facilement si vous en avez besoin, pour obtenir ce que vous voulez ?	(2) nature trompeuse comme le montrent des mensonges, l'utilisation de nom d'emprunt ou d'escroquerie à son profit ou plaisir personnel.	? 1 2 3	14 0	
(Avez-vous déjà utilisé un nom d'emprunt ou vous faire passer pour quelqu'un d'autre ?)	3 = plusieurs exemples			
(Avez-vous souvent « escroqué » les autres pour obtenir ce que vous voulez ?)				
Avez-vous déjà fait des choses sous l'impulsion du moment sans penser à comment cela influera sur vous ou les autres ?	(3) impulsivité ou difficultés de planifier	? 1 2 3	14 1	
(Comment cela se fait-il ?)	3 = plusieurs exemples			
Y a-t-il eu une période où vous ne viviez pas dans un endroit fixe ?				
(Pendant combien de temps ?)				
? = information insuffisante	2 = en dessous du seuil			
1 = absent ou faux	3 = au seuil ou vrai			

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

(Depuis l'âge de 15 ans) avez vous été dans des bagarres ?	(4) irritabilité et agressivité, comme le montrent les bagarres ou les agressions répétées.	? 1 2 3	14 2
(Combien de fois ?)	3 = plusieurs exemples		
Avez-vous déjà frappé ou projeté des choses sur votre (EPOUSE/PARTENAIRE) ?			
(Combien de fois ?)			
Avez-vous déjà frappé un enfant, le votre ou celui de quelqu'un d'autre, tellement fort qu'il ou elle a eu des contusions ou à dû rester au lit ou voir un médecin ?			
Avez-vous déjà conduit une voiture quand vous étiez ivre ou shooté(e) ?	(5) irrespect insouciant vis à vis de sa propre personne, sécurité ou celle des autres.	? 1 2 3	14 3
Combien de contravention pour excès de vitesse avez-vous eu ?	3 = plusieurs exemples		
(Utilisez-vous toujours une protection lorsque vous avez des rapports sexuels avec quelqu'un que vous ne connaissez pas ?)			
? = information insuffisante 1 = absent ou faux	2 = en dessous du seuil 3 = au seuil ou vrai		

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

Combien de temps dans les cinq dernières années n'avez-vous pas travaillé ?	(6) irresponsabilité constante, comme le montrent les échecs répétés à assumer un comportement de travail régulier ou honorer ses engagements financiers.	? 1 2 3	14 4
SI PLUS DE SIX MOIS : POURQUOI ?			
Quand vous avez travaillé, avez-vous manqué beaucoup de jours de travail?			
SI OUI : POURQUOI ?			
Avez-vous déjà quitté un travail sans en avoir un autre où aller ?			
SI OUI : Combien de fois cela est-il arrivé ?			
Avez-vous déjà dû de l'argent à des personnes et ne pas leur avoir remboursé ? (Combien de fois ?)			
Et en ce qui concerne ne pas payer la charge des enfants, ou ne pas donner d'argent aux enfants qui dépendent de vous ?			
SI A RECONNU DES ACTIONS ANTISOCIALES COMME UN ADULTE : que ressentez-vous à propos de (LISTE DES ACTIONS ANTISOCIALES) ?	(7) manque de remords comme l'indique le fait d'être différent, ou de rationaliser d'avoir fait du mal, maltraité ou volé d'autres personnes.	? 1 2 3	14 5
TROUBLE DE LA PERSONNALITE* NOS	3 = manque de remords en ce qui concerne plusieurs actions antisociales		
REMARQUE : SI EST CARACTERISE PAR UN TROUBLE DE LA PERSONNALITE PLUS SPECIFIQUE MAIS SI TOUS LES CRITERES NE SONT PAS COMPLETEMENT REMPLIS POUR AUCUN TROUBLE DE LA PERSONNALITE, CONSIDEREZ LE DIAGNOSTIC DU TROUBLE DE LA PERSONNALITE NOS CI-DESSUS			

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE LA PERSONNALITE ANTISOCIALE

AU MOINS TROIS ITEMS SONT CODES « 3 »	1	3	14 6
CRITERES A, B ET C SONT CODES « 3 »	1	3	14 7

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

SCID-II TROUBLE DE PERSONNALITE NON SPECIFIE

**TROUBLE DE PERSONNALITE
NON SPECIFIE**

Cette catégorie est réservée aux troubles de la personnalité fonctionnant qui ne remplissent pas les critères pour un Trouble de la Personnalité spécifique. Un exemple est la présence de caractéristiques de plus d'un Trouble spécifique de la Personnalité qui ne remplit pas le critère complètement pour aucun des Troubles de la Personnalité (« personnalité mélangées ») mais qui réunis provoquent une gêne ou un affaiblissement clinique important dans un ou plusieurs domaines de fonctionnement (par exemple : social ou d'occupation). Cette catégorie peut également être utilisée quand le clinicien juge qu'un Trouble de la Personnalité spécifique qui n'est pas inclus dans le DSM-IV est approprié (par exemple, un trouble de la personnalité insuffisante).

1 3 | 14
8

? = information insuffisante
1 = absent ou faux

2 = en dessous du seuil
3 = au seuil ou vrai

APPENDICE E

QUESTIONNAIRES AUTO-RAPPORTÉS

INVENTAIRE DE MOBILITÉ POUR L'AGORAPHOBIE (IMA)

NOM: _____

DATE: _____

Veillez indiquer à quel point vous évitez les situations ou les endroits suivants en raison de l'anxiété ou des malaises qu'ils provoquent. Évaluez votre degré d'évitement lorsque vous êtes accompagné-e d'une personne sécurisante et lorsque vous êtes seul-e. Utilisez l'échelle suivante:

- 1 Je n'évite jamais
- 2 J'évite rarement
- 3 J'évite une fois sur deux
- 4 J'évite la plupart du temps
- 5 J'évite toujours

Vous pouvez au besoin utiliser des nombres intermédiaires (par exemple, 3.5 ou 4.5).

Inscrivez le chiffre approprié pour chaque endroit ou situation sous les deux conditions suivantes: accompagné-e et seul-e. Si une situation ne s'applique pas à vous, ne répondez pas.

ENDROITS/SITUATIONS	Accompagné-e	Seul-e
1. Cinémas	_____	_____
2. Supermarchés	_____	_____
3. Salles de cours	_____	_____
4. Magasins à rayons	_____	_____
5. Restaurants	_____	_____
6. Musées	_____	_____
7. Ascenseurs	_____	_____
8. Amphithéâtres ou stades	_____	_____
9. Stationnements intérieurs	_____	_____
10. Endroits élevés Quelle hauteur? _____	_____	_____
11. Espaces fermés (ex: tunnels)	_____	_____
12. Espaces vastes		
a) à l'extérieur (ex: champs, rues larges, cours)	_____	_____
b) à l'intérieur (ex: grandes pièces, salles d'attente)	_____	_____
13. Aller en autobus	_____	_____
14. Aller en train	_____	_____
15. Aller en métro	_____	_____

- 1 Je n'évite jamais
- 2 J'évite rarement
- 3 J'évite une fois sur deux
- 4 J'évite la plupart du temps
- 5 J'évite toujours

	Accompagné-e	Seul-e
16. Aller en avion	_____	_____
17. Aller en bateau	_____	_____
18. Conduire ou aller en automobile		
a) n'importe quand	_____	_____
b) sur les voies rapides	_____	_____
19. Attendre en ligne	_____	_____
20. Traverser des ponts	_____	_____
21. Réceptions (party) ou rencontres sociales	_____	_____
22. Marcher sur la rue	_____	_____
23. Rester seul-e à la maison	NSP	_____
24. Être éloigné-e de la maison	_____	_____
25. Autre (spécifiez): _____	_____	_____

Nous définissons une attaque de panique comme suit:

- 1) un niveau d'anxiété élevé accompagné par
- 2) de fortes réactions physiques (palpitations cardiaques, transpiration, spasmes musculaires, étourdissements, nausées),
- 3) une diminution passagère des capacités de planifier, penser et raisonner et
- 4) un désir intense d'échapper à la situation.

Une attaque de panique ne se définit donc pas uniquement par une forte anxiété ou de la peur.

Veuillez indiquer le nombre d'attaques de panique survenues dans les sept derniers jours: _____

REFERENCE

Chambless, D.L., Caputo, G.T., Jasin, S.E., Gracely, E.J., Williams, C., (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour research and therapy*, 23, 35-44.

ADAPTATION FRANÇAISE

Langlois, R., Narchand, A., Lalonde, J. (1985). Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Version modifiée par D.Gareau, sept. 1992.

QUESTIONNAIRE SUR LES SENSATIONS PHYSIQUES (OSP)

NOM: _____

DATE: _____

Ce questionnaire regroupe certaines sensations qui peuvent apparaître lorsque vous êtes nerveux-se ou effrayé-e.

A) Évaluez le degré de peur suscitée par chacune des sensations que vous avez déjà ressenties. Utilisez l'échelle suivante:

- 1 Cette sensation ne m'effraie pas du tout.
- 2 Cette sensation m'effraie un peu.
- 3 Cette sensation m'effraie moyennement.
- 4 Cette sensation m'effraie beaucoup.
- 5 Cette sensation m'effraie énormément.

- _____ 1. Palpitations cardiaques.
- _____ 2. Serrement ou sensation de lourdeur dans la poitrine.
- _____ 3. Engourdissement dans les bras ou les jambes.
- _____ 4. Picotements au bout des doigts.
- _____ 5. Engourdissement dans une autre partie du corps.
- _____ 6. Souffle court.
- _____ 7. Étourdissement.
- _____ 8. Vision embrouillée.
- _____ 9. Nausée (mal de coeur).
- _____ 10. Avoir des papillons dans l'estomac ou avoir l'estomac à l'envers.
- _____ 11. Impression d'avoir un noeud dans l'estomac.
- _____ 12. Avoir une boule dans la gorge.
- _____ 13. Avoir les jambes molles.
- _____ 14. Transpirer.
- _____ 15. Avoir la gorge sèche.
- _____ 16. Se sentir désorienté-e et confus-e.
- _____ 17. Se sentir détaché-e ou déconnecté-e de son corps; impression d'être "à moitié là".
- _____ 18. Autres sensations (décrivez-les et évaluez-les).
- _____
- _____

B) Référez-vous à la liste précédente et encerclez les chiffres correspondant aux trois sensations les plus pénibles pour vous.

REFERENCE: Chambless, D.L., Caputo, G.C., Bright, P., Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: the Body sensations questionnaire and the Agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52, 1090-1097.

ADAPTATION FRANCAISE: Marchand, A., Lalonde, J. (1985). Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis N. Lafontaine. Version modifiée par D.Gareau, sept. 1992.

QIPS

Questionnaire sur les Inquiétudes de Penn State

Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous (écrivez le numéro vous représentant, à l'avant de chacun des énoncés).

1	2	3	4	5
Pas du tout correspondant	Un peu correspondant	Assez correspondant	Très correspondant	Extrêmement correspondant

-
- 1. Si je n'ai pas assez de temps pour tout faire, je ne m'inquiète pas.
 - 2. Mes inquiétudes me submergent.
 - 3. Je n'ai pas tendance à m'inquiéter à propos des choses.
 - 4. Plusieurs situations m'amènent à m'inquiéter.
 - 5. Je sais que je ne devrais pas m'inquiéter mais je n'y peux rien.
 - 6. Quand je suis sous pression, je m'inquiète beaucoup.
 - 7. Je m'inquiète continuellement à propos de tout.
 - 8. Il m'est facile de me débarrasser de pensées inquiétantes.
 - 9. Aussitôt que j'ai fini une tâche, je commence immédiatement à m'inquiéter au sujet de toutes les autres choses que j'ai encore à faire.
 - 10. Je ne m'inquiète jamais.
 - 11. Quand je n'ai plus rien à faire au sujet d'un tracas, je ne m'en inquiète plus.
 - 12. J'ai été inquiet tout au long de ma vie.
 - 13. Je remarque que je m'inquiète pour certains sujets.
 - 14. Quand je commence à m'inquiéter, je ne peux pas m'arrêter.
 - 15. Je m'inquiète tout le temps.
 - 16. Je m'inquiète au sujet de mes projets jusqu'à ce qu'ils soient complétés.
-

Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L., & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.

© Tous droits réservés, Université Laval, 1991. Traduit par Héliane Letarte, Mark Freeston & Robert Ladouceur.

Ladouceur, R., Freeston, M.H., Dumont, J., Letarte, H., Rhéaume, J., Thibodeau, N. & Gagnon, F. (1992). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties of a French translation. *Canadian Psychology/ Psychologie Canadienne*, 33, 240.

III – Partie A

Les gens perçoivent de différentes façons les incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il vous plaît, encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item.

	1 Pas du tout correspondant	2 Un peu correspondant	3 Assez correspondant	4 Très correspondant	5 Tout à fait correspondant
1. J'accepte difficilement que l'avenir soit incertain.					
2. Je trouve insupportable de ne pas avoir de garanties dans la vie.					
3. Les autres semblent mieux tolérer l'incertitude que moi.					
4. Je trouve intolérable que certaines facettes de la vie ne soient pas déterminées à l'avance.					
5. Je supporte mal la possibilité qu'il puisse m'arriver un événement négatif.					
6. Lorsque j'attends une nouvelle importante, je supporte mal de rester dans l'incertitude.					
7. Je trouve intolérable d'avoir à faire face à des situations imprévisibles.					
8. Je supporte peu les situations dans lesquelles je ne sais pas ce qui va se passer.					
9. Le fait de ne pas savoir à l'avance ce qui arrivera est souvent inacceptable pour moi.					
10. Les délais d'attente sont insupportables pour moi quand je ne sais pas ce qui va se passer.					
11. Je tolère difficilement les incertitudes de la vie.					
12. Lorsque je pense que quelque chose de négatif peut se produire, j'accepte difficilement de demeurer dans l'incertitude.					
13. J'aimerais mieux savoir tout et tout de suite plutôt que de rester dans l'incertitude.					
14. J'ai de la difficulté à supporter la possibilité qu'un imprévu puisse survenir.					
15. J'ai besoin de certitudes dans ce que j'entreprends.					

III – Partie B

Les gens réagissent de différentes façons aux incertitudes de la vie. Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour exprimer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivants correspond à vous. S'il-vous-plait, encerclez le chiffre qui vous représente le mieux à la droite de chaque item.

	1 Pas du tout correspondant	2 Un peu correspondant	3 Assez correspondant	4 Très correspondant	5 Tout à fait correspondant
1. Je préfère éviter les situations incertaines.	1	2	3	4	5
2. Lorsque je me retrouve dans une situation incertaine, j'ai tendance à douter de ce que je fais.	1	2	3	4	5
3. J'exagère souvent les chances que le pire arrive lorsqu'un imprévu se présente.	1	2	3	4	5
4. J'ai tendance à vouloir diriger les autres pour ne pas qu'un imprévu leur arrive.	1	2	3	4	5
5. J'ai souvent recours aux autres pour me rassurer lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
6. Je m'en fais beaucoup pour les incertitudes de la vie.	1	2	3	4	5
7. Je doute souvent de moi lorsque la situation est incertaine.	1	2	3	4	5
8. La possibilité qu'un événement négatif survienne m'amène à éviter certaines activités.	1	2	3	4	5
9. Lorsque je suis incertain-e, j'ai besoin d'être rassuré-e par les autres.	1	2	3	4	5
10. Je dois tout contrôler pour essayer d'empêcher les conséquences négatives de survenir.	1	2	3	4	5
11. J'ai tendance à demander l'opinion des autres lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
12. J'évite les situations qui sont susceptibles de présenter des imprévus.	1	2	3	4	5
13. Lorsque l'issue d'un événement est incertaine, je doute souvent d'avoir fait tout ce qu'il fallait.	1	2	3	4	5
14. Lorsqu'un événement négatif est possible, je surestime souvent les probabilités qu'il se produise.	1	2	3	4	5

Suite page suivante 

	1 Un du tout correspondant	2 Un peu correspondant	3 Assez correspondant	4 Totalement correspondant	5 Tout à fait correspondant
15. J'ai tendance à m'inquiéter lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
16. Je demande souvent la même information à plusieurs personnes pour me rassurer face à ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
17. Les situations incertaines m'inquiètent.	1	2	3	4	5
18. Lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer, j'essaie de tout contrôler.	1	2	3	4	5
19. J'ai tendance à surestimer la probabilité qu'un malheur arrive lorsque je ne sais pas ce qui va se passer.	1	2	3	4	5
20. Penser que quelque chose d'inattendu puisse survenir m'inquiète.	1	2	3	4	5
21. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à douter de mes capacités.	1	2	3	4	5
22. J'ai tendance à ne pas m'engager dans les activités qui comportent une part d'incertitude.	1	2	3	4	5
23. Lorsque je suis incertain-e, j'ai tendance à surestimer les chances que les événements tournent mal.	1	2	3	4	5
24. J'ai tendance à vouloir contrôler les activités de mes proches afin de diminuer les chances qu'il leur arrive quelque chose.	1	2	3	4	5
25. Même s'il y a peu de chances qu'un événement négatif survienne, on doit souvent me répéter que tout ira bien.	1	2	3	4	5
26. Je préfère laisser tomber un projet plutôt que d'avoir à vivre dans l'incertitude.	1	2	3	4	5
27. Je préfère tout contrôler afin de diminuer les incertitudes.	1	2	3	4	5
28. Ne pas savoir ce que l'avenir me réserve m'amène à m'inquiéter.	1	2	3	4	5
29. En situation d'incertitude, j'ai tendance à exagérer les chances que les choses se déroulent mal.	1	2	3	4	5
30. J'ai souvent tendance à remettre mes choix en question lorsque je suis incertain-e de ce qui va se passer.	1	2	3	4	5

APPENDICE F

ENTREVUE SUR LES COÛTS DE LA SANTÉ (ECS)

Date: _____
Projet de recherche: _____

Numéro de participant: _____
Période d'évaluation: _____

Entrevue sur les coûts de la santé

Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur votre utilisation de services de santé au cours des trois derniers mois. Cette période débute le _____ et se termine le _____.

1. Au cours des trois derniers mois, avez-vous consulté un médecin? Il peut s'agir par exemple d'un omnipraticien ou d'un spécialiste tel qu'un cardiologue, un psychiatre ou un dermatologue.

- a) Oui
b) Non **PASSER À LA QUESTION 7**

2. Parmi vos consultations médicales, avez-vous consulté un médecin généraliste?

- a) Oui
b) Non **PASSER À LA QUESTION 3**

Note à l'évaluateur : Pour chaque consultation, veuillez d'abord encercler le chiffre correspondant à l'endroit de la consultation (RV hôpital exclus les visites à l'urgence). Ensuite, indiquez si le motif de la consultation est un examen complet (examen annuel, examen concernant un problème de santé complexe) ou un examen ordinaire (suivi, renouvellement de prescriptions etc.), précisez si le motif était en lien avec un problème de santé mentale (dépression, stress, anxiété, problèmes émotifs, burn-out etc.) et indiquez les examens effectués (électrocardiogramme, radiographie, biopsie...).

ENDROIT	DESCRIPTION DE LA CONSULTATION MEDICALE
1 Urgence 2 CLSC 3 Clinique médicale 4 RV hôpital	Motif : Examen complet <input type="checkbox"/> ou Examen ordinaire <input type="checkbox"/> En lien avec la santé mentale? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Examens/traitements :
1 Urgence 2 CLSC 3 Clinique médicale 4 RV hôpital	Motif : Examen complet <input type="checkbox"/> ou Examen ordinaire <input type="checkbox"/> En lien avec la santé mentale? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Examens/traitements :
1 Urgence 2 CLSC 3 Clinique médicale 4 RV hôpital	Motif : Examen complet <input type="checkbox"/> ou Examen ordinaire <input type="checkbox"/> En lien avec la santé mentale? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Examens/traitements :
1 Urgence 2 CLSC	Motif : Examen complet <input type="checkbox"/> ou Examen ordinaire <input type="checkbox"/> En lien avec la santé mentale? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

1. Avez-vous consulté un ou des médecin(s) spécialiste(s) au cours des trois derniers mois ?

a) Oui **ENCERCLER LES SPÉCIALISTES DANS LA LISTE**

b) Non **PASSER À LA QUESTION 4**

01 Cardiologue	09 Microbiologiste	17 Psychiatre
02 Chirurgien	10 Néphrologue	18 Radiologiste
03 Dermatologue	11 Neurologue	19 Radio-oncologue
04 Endocrinologue	12 Ophtalmologiste	20 Rhumatologue
05 Gastro-entérologue	13 Orthopédiste	21 Urologue
06 Gynécologue	14 ORL	22 Autres : _____
07 Hématologue	15 Physiatre	
08 Interniste	16 Pneumologue	

Note à l'évaluateur : Veuillez noter le numéro du spécialiste (voir liste) dans la colonne de gauche. Si la personne est référée à un autre spécialiste pour un examen ou traitement particulier, veuillez décrire cette consultation séparément. Lorsqu'un examen médical est exécuté par un technicien, veuillez l'inscrire comme s'il s'agissait d'un spécialiste. Les chirurgies d'un jour doivent aussi être inscrites dans cette section. Veuillez noter si le motif de consultation était en lien avec un problème de santé mentale (dépression, stress, anxiété, problèmes émotifs etc.) et si la personne a été référée par un autre médecin (médecin de famille, médecin à l'urgence etc.) à ce spécialiste.

TYPE	ENDROIT	DESCRIPTION DE LA CONSULTATION MÉDICALE
	1 Urgence 2 CLSC 3 Clinique médicale 4 RV hôpital	Motif : Visite principale/consultation <input type="checkbox"/> ou Visite de contrôle <input type="checkbox"/> En lien avec la santé mentale? OUI NON Référé par un médecin? OUI NON Examens/traitements :
	1 Urgence 2 CLSC 3 Clinique médicale 4 RV hôpital	Motif : Visite principale/consultation <input type="checkbox"/> ou Visite de contrôle <input type="checkbox"/> En lien avec la santé mentale? OUI NON Référé par un médecin? OUI NON Examens/traitements :
	1 Urgence 2 CLSC 3 Clinique médicale 4 RV hôpital	Motif : Visite principale/consultation <input type="checkbox"/> ou Visite de contrôle <input type="checkbox"/> En lien avec la santé mentale? OUI NON Référé par un médecin? OUI NON Examens/traitements :
	1 Urgence 2 CLSC 3 Clinique médicale 4 RV hôpital	Motif : Visite principale/consultation <input type="checkbox"/> ou Visite de contrôle <input type="checkbox"/> En lien avec la santé mentale? OUI NON Référé par un médecin? OUI NON Examens/traitements :

4. Avez-vous été hospitalisé au cours des trois derniers mois (durée minimum d'une nuit sans tenir compte des séjours à l'urgence)?

a) Oui

b) Non **PASSER À LA QUESTION 7**

5. Quel fut le motif de votre hospitalisation?

6. Combien de nuits avez-vous passées à l'hôpital? _____

7. Au cours des trois derniers mois, avez-vous consulté un autre professionnel de la santé? Par exemple, il peut s'agir d'un psychologue, d'une infirmière (prises de sang), d'un groupe de soutien, d'un dentiste, d'un optométriste, d'un chiropraticien, d'un massothérapeute ou d'Info-Santé etc.

- a) Oui **ENCERCLER LES TYPES DE PROFESSIONNELS DANS LA LISTE**
 b) Non **PASSER À LA QUESTION 8**

01 Acupuncteur	09 Infirmière	17 Psychologue
02 Chiropraticien	10 Ligne d'écoute	18 Psychothérapeute
03 Dentiste	11 Ligne d'information	19 Réflexologue
04 Diététiste	12 Massothérapeute	20 Sexologue
05 Ergothérapeute	13 Naturopathe	21 Travailleur social
06 Groupe de soutien	14 Optométriste	22 Ambulancier
07 Herboriste	15 Ostéopathe	23 Autres : _____
08 Hypnothérapeute	16 Physiothérapeute	

Note à l'évaluateur : Veuillez remplir un encadré pour chaque type de consultation en prenant soin de noter le nom du groupe d'entraide ou de la ligne d'écoute, le cas échéant. Pour l'endroit de la consultation, veuillez indiquer s'il s'agit par exemple d'une clinique privée, d'un hôpital, d'un CLSC ou d'un domicile. Indiquez le motif de consultation en précisant s'il est en lien avec un problème de santé mentale (exemples de liens avec la santé mentale: massothérapie pour se détendre à cause du stress, acuponcture pour augmenter son énergie qui a diminuée à cause de l'anxiété etc.). Le nombre de sessions doit se rapporter aux trois derniers mois seulement.

TYPE	PROFESSIONNEL	DESCRIPTION DE LA CONSULTATION
	Endroit/organisme:	Motif : En lien avec la santé mentale? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de sessions :
	Endroit/organisme:	Motif : En lien avec la santé mentale? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de sessions :
	Endroit/organisme:	Motif : En lien avec la santé mentale? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de sessions :
	Endroit/organisme:	Motif : En lien avec la santé mentale? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de sessions :

8. Au cours des trois derniers mois, avez-vous pris des médicaments?

- a) Oui
b) Non PASSER À LA QUESTION 9

Note à l'évaluateur : Indiquez tous les médicaments utilisés au cours des trois derniers mois et décrivez la posologie le plus précisément possible. Si le médicament est pris seulement au besoin (PRN), veuillez déterminer une fréquence approximative de son utilisation. La durée d'utilisation porte uniquement sur les trois derniers mois alors vous devez indiquer « plus de trois mois » ou un nombre précis de jours ou de semaines d'utilisation du médicament. Au besoin, vérifiez dans le dossier médical de la personne afin de valider l'information. Si la personne hésite sur le nom du médicament, demandez la raison de la prise du médicament.

Nom commercial ou générique	Posologie	Durée
Exemples : Syntroïde Xanax	0,5 mg / 2x par jour 0,2 mg / jour	Plus de trois mois 8 semaines

9. Quel moyen de transport utilisez-vous généralement pour vous déplacer à vos rendez-vous chez des professionnels de la santé?

- a) Marche
b) Autobus et métro
c) Voiture
d) Taxi ou autre conducteur rémunéré
e) Autres : _____

10. a) Combien de temps consacrez-vous en moyenne à vos visites chez des professionnels de la santé, si on considère à la fois les déplacements, l'attente et la durée du rendez-vous? _____/heures dans 3 derniers mois.

b) Et si on considère seulement les visites pour des problèmes émotifs ou de santé mentale (déprime, stress, anxiété, burn-out etc.)? _____/ heures dans 3 derniers mois.

11. Dans le cadre de notre projet de recherche :

a) Quel moyen de transport avez-vous utilisé le plus souvent pour vous déplacer à vos rendez-vous?

- a) Marche
- b) Autobus et métro
- c) Voiture
- d) Taxi ou autre conducteur rémunéré
- e) Autres : _____

b) Combien de temps cela vous a-t-il pris en moyenne pour vous déplacer à vos rendez-vous? _____ minutes/aller et retour par visite.

12. Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur l'impact de vos problèmes de santé dans votre vie. Tout d'abord, au cours des trois derniers mois, avez-vous demandé à quelqu'un de vous aider à accomplir certaines tâches ou de vous accompagner dans certaines activités en raison de problèmes de santé?

- a) Oui ÉNUMÉRER LA LISTE DE SITUATIONS
- b) Non PASSER À LA QUESTION 13

Note à l'évaluateur : Encercler les situations pour lesquelles de l'aide fut reçue au cours des trois derniers mois et inscrivez la fréquence. Notez aussi pour la période de trois mois le coût du service ("0 \$" lorsque l'aide est gratuite).

Situations	Fréquence	Coût \$
01. Caisse / banque		
02. Épicerie / magasins à rayons		
03. Restaurant		
04. Rencontres sociales / réceptions		
05. Attente en ligne / salles d'attente		
06. Ascenseurs		
07. Amphithéâtres / espaces vastes		
08. Cinéma / spectacles / cours / musées		
09. S'éloigner de la maison		
10. Déplacements		
11. Tâches ménagères		
12. Travaux lourds		
13. Marcher sur la rue		
Autres:		

13. Avez-vous occupé un emploi au cours des trois derniers mois?

- a) Oui PASSER À LA QUESTION 16
- b) Non PASSER À LA QUESTION 14

14. Pour quelle raison n'avez-vous pas travaillé au cours des trois derniers mois?

- a) Recherche d'emploi
- b) Problème de santé
- c) Études
- d) Retraite
- e) Autre raison: _____

15. Quelles sont vos sources de revenu?

- a) Conjoint(e)
 - b) Aide sociale
 - c) Prestations d'assurance-chômage
_____ % de votre salaire normal
 - d) Prestations d'arrêt de travail avec document médical
_____ % de votre salaire normal
 - e) Autres: _____
-

16. Avez-vous manqué des heures de travail au cours des trois derniers mois?

- a) Oui PASSER À LA QUESTION 17
- b) Non PASSER À LA QUESTION 18

17. Pour quelle(s) raison(s) vous êtes-vous absenté du travail?

- | | |
|--|---------------------------------|
| a) Problème de santé personnel | Nombre d'heures / 3 mois: _____ |
| b) Consultation chez des prof. de la santé | Nombre d'heures / 3 mois: _____ |
| c) Fatigue / stress | Nombre d'heures / 3 mois: _____ |
| d) Activité professionnelle | Nombre d'heures / 3 mois: _____ |
| e) Vacances | Nombre d'heures / 3 mois: _____ |
| f) Autres: _____ | Nombre d'heures / 3 mois: _____ |

18. Avez-vous l'impression que votre rendement au travail est affecté par certains symptômes dérangeants, par exemple de l'anxiété qui nuirait à votre concentration?

- a) Oui PASSER À LA QUESTION 19
- b) Non Fin du questionnaire

19. À quel pourcentage évaluez-vous votre rendement au travail au cours des trois derniers mois? ___ %

20. À quoi attribuez-vous cette baisse de productivité?

APPENDICE G

PROTOCOLES DE TRAITEMENT

**Traitement individuel pour
le trouble panique avec agoraphobie primaire**

Protocole du thérapeute

Élaboré par André Marchand
Andrée Letarte

Révisé
par Joane Labrecque
Juin 2009

Table des matières

Rencontre 1	3
Rencontre 2.....	4
Rencontre 3.....	11
Rencontre 4.....	24
Rencontre 5.....	24
Rencontre 6.....	28
Rencontre 7.....	30
Rencontre 8.....	31
Rencontre 9	33
Rencontre 10.....	33
Rencontre 11.....	33
Rencontre 12.....	33
Rencontre 13.....	34
Rencontre 14.....	34
Annexes (figures, grilles d'exercices).....	36

RENCONTRE 1

ACCUEIL

INTRODUCTION AU TRAITEMENT

- Féliciter le participant pour sa présence, indice de motivation en soi
- Le rassurer sur son anxiété lors de cette première rencontre
- Présentation brève des objectifs généraux du traitement
- Si nécessaire, récupérer les questionnaires et vérifier s'ils sont bien complétés
- Attentes et objectifs du client face au traitement

CONTENU DE LA RENCONTRE

- Présenter les informations contenues dans les pages 1 à 10 :
 - Qu'est-ce que la TCC
 - Les composantes de l'anxiété
 - L'anxiété normale vs anormale
 - Fonction adaptative de l'anxiété :
 - réaction d'alarme (fuite ou lutte) normale face à un danger
 - l'anxiété peut augmenter la performance, nous permettre de nous préparer adéquatement dans certaines circonstances (ex : pour une entrevue), mais s'il y en a trop, la performance diminue. Expliquer la courbe en U inversé
 - Définition du TPA et manifestations
 - Présentation du modèle TPA I : Intolérance aux sensations physiques

REMISE DU MANUEL DE TRAITEMENT POUR LE PARTICIPANT

- Lire les pages 1 à 22 pour la prochaine rencontre.
- Noter les questions.
- Vérifier le carnet et insister sur l'importance de bien le remplir et de le rapporter à chaque rencontre.

PROCHAINE RENCONTRE

- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine.

RENCONTRE 2

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

Présenter les informations contenues dans les pages 11 à 22 :

LE DÉVELOPPEMENT DU TPA

- ❖ Il n'y a pas une seule cause du TPA; il y en a plusieurs et elles varient d'une personne à l'autre
- ❖ Interaction entre des facteurs prédisposants, précipitants et d'entretien

1-FACTEURS PRÉDISPOSANTS

- Caractéristiques d'un individu qui le rend plus susceptible de développer le problème
- Ces facteurs ne causent pas directement le problème : certains individus présentent ces caractéristiques et ne développent pas un TPA alors que d'autres développent un TPA mais sans la présence de ces facteurs

A) Vulnérabilité biologique

- Des chercheurs s'entendent pour dire qu'il existe des facteurs biologiques dans le développement d'un TPA
- Un de ces facteurs serait la **tendance** qu'ont certains individus **à être «nerveux» i.e. à être toujours prêts à faire face au danger**
- Ces individus auraient donc tendance à être très réactifs biologiquement aux changements environnementaux
- Sur le plan neurobiologique, ils réagiraient plus fortement au stress généré par les événements de la vie courante
- Un deuxième facteur est relié à **la réponse d'alarme qui serait plus sensible chez certains individus**. Elle serait donc déclenchée par des niveaux de stress beaucoup moins élevés que chez la plupart des individus.

La vulnérabilité biologique peut donc se traduire par une réactivité élevée du système nerveux autonome et du système nerveux central.

B) Vulnérabilité psychologique

- C'est la **tendance qu'ont certains individus à percevoir l'anxiété comme un phénomène nocif ou nuisible**.

- Ces individus font preuve d'une plus grande intolérance aux sensations physiques.
- **Ils déploient une attention disproportionnée aux sensations physiques** ainsi qu'à leurs variations: ces individus sont constamment à l'affût des moindres sensations physiques et leurs changements.
- **Perception erronée des sensations physiques normales et de leurs variations comme des signaux indiquant une menace ou un danger.**
- Les croyances, les perceptions, les comportements acquis par un individu de la naissance à l'âge adulte jouent un rôle très important dans la façon dont il aborde l'anxiété.
- Si les membres de la famille **réagissent aux situations stressantes de façon inadaptée**, l'enfant peut adopter ces mêmes façons d'agir puisqu'un enfant apprend beaucoup en observant et en imitant les adultes qui l'entourent.
- La perception erronée des sensations physiques normales et de leurs variations comme des signaux indiquant une menace ou un danger chez les individus développant un TPA peut être due :
 - À une exposition dès l'enfance à des adultes qui évaluent les symptômes physiques normaux comme dangereux, ce qui a pu encourager chez-eux des comportements de victime ou de malade.
 - À l'observation de souffrances aiguës chez un proche lors de l'enfance.
 - À une maladie ou une blessure subie pendant l'enfance, causant une grande souffrance pendant une longue durée.
- Les sensations physiques et l'anxiété sont ainsi perçues comme des phénomènes inquiétants et dangereux.
- Les attitudes parentales détermineront en partie :
 - Comment l'enfant percevra sa capacité de contrôle sur :
 - ses idées
 - ses émotions
 - son environnement
 - Sa vulnérabilité psychologique
- Les attitudes parentales exercent une influence importante sur : **la tendance à avoir recours à l'évitement comme stratégie de gestion de l'anxiété** (facteur de risque prédisposant à l'agoraphobie).
- Un **comportement parental rigide, explosif, inconsistant ou négligent** favorisera chez l'enfant le développement d'un sentiment d'impuissance
- Des **parents chaleureux**, qui ont des **attitudes et des règles éducatives constantes**, qui appliquent des conséquences bien adaptées aux comportements de leur enfant, sans être trop intrusifs, surprotecteurs ou trop contrôlants, permettent à celui-ci de développer la perception de pouvoir influencer son environnement.

- Ils permettent à leur enfant **d'explorer son environnement et d'acquérir de nouvelles habiletés** lui permettant d'affronter de nouvelles situations plutôt que de les éviter.
- Renforçant ainsi son **autonomie et sa perception de contrôle** sur son environnement.

Ex. : Une maman évite toutes les situations qui peuvent susciter chez elle de l'anxiété: elle a cessé de travailler et demande à son mari de faire face à sa place à toutes les situations qui peuvent la rendre anxieuse. Celle-ci empêche son enfant de prendre toute initiative et celui-ci doit se fier constamment à sa maman. Il ne peut rien faire sans demander sa permission ou son aide: il ne peut jouer ou traverser la rue s'il y a le moindre risque de se blesser. Sa mère l'accompagne à l'école et transporte ses livres. L'enfant n'apprenant pas à se débrouiller seul ni à développer son autonomie, il ne saura pas faire face aux situations stressantes et aura tendance à les éviter. Il arrive avec peine à gérer l'anxiété générée par les situations courantes de la vie. Cet enfant apprend ainsi à éviter les situations stressantes et anxiogènes, ce qui le rend vulnérable et prédisposé à développer de l'agoraphobie.

2- FACTEURS PRÉCIPITANTS

Les facteurs précipitants sont des facteurs suscitant les premières attaques de panique. Il s'agit:

A) des stressseurs physiques

- **Incluent les malaises: crise d'hypoglycémie, syndrome de Ménière,**
 - accouchement
 - agression, accident
 - effets secondaires d'un médicament ou de la prise de drogues ex: cannabis ou cocaïne

B) des stressseurs psychosociaux

- Événement qui rend la personne vulnérable et favorise l'apparition de la première attaque de panique. Ex: divorce, mort/maladie d'un proche, perte d'emploi, déménagement
- Ce stressseur a plus de chances de déclencher une crise de panique quand un individu est constamment anxieux et un peu dépressif

C) des stressseurs chroniques

- L'individu vit un stress majeur qui dure depuis longtemps et qui affecte son fonctionnement
- Stress chronique : problèmes conjugaux, conflits de travail, maladie

3-FACTEURS DE MAINTIEN

Suite à un même événement, un individu peut vivre une attaque de panique isolée alors qu'un autre développera un TPA. Certains facteurs peuvent différencier ces individus :

A) Conditionnement et évitement intéroceptif

- Suite à la première attaque de panique, il peut se créer **un pairage très puissant entre la peur et les sensations internes reliées à l'anxiété.**
- Ce pairage (conditionnement) fera en sorte que les sensations physiques ressemblant à celles vécues lors de la première attaque de panique, induites que ce soit par l'anxiété, l'activité physique ou d'autres émotions, déclencheront une fausse réponse d'alarme ou encore l'appréhension de son déclenchement
- Ces sensations physiques ont été associées à tort à une perception interne de danger
- Ce conditionnement entraînera chez **l'individu l'évitement de ses sensations physiques, i.e. l'évitement intéroceptif**

B) Interprétation catastrophique des sensations physiques et l'anxiété d'appréhension

- Les premières attaques de panique surviennent dans des circonstances où il y a absence de danger extérieur, ce qui entraîne les individus à chercher une explication interne à l'activation intense de leur système nerveux. D'où la peur de faire une crise cardiaque, d'étouffer, de perdre connaissance ou de devenir fou.
- Ces individus font donc une **interprétation catastrophique de leurs sensations**

- **Cette catastrophisation augmente la peur d'avoir peur**
- **Cette peur d'avoir peur suscite l'appréhension de ressentir à nouveau leurs sensations car ces individus perçoivent leurs sensations, comme l'annonce d'une catastrophe imminente**
- **Ils font alors de l'anxiété d'appréhension**

Ces individus sont portés à se centrer entièrement et intensément sur leurs sensations et sur la recherche interne de leur cause. Ils se retrouvent alors en état d'alerte, ce qui va provoquer une certaine activation des sensations et contribuer à leur maintien. L'appréhension d'une catastrophe éminente entraîne l'augmentation de l'anxiété, ce qui contribue au maintien du problème.

C) Les comportements d'évitement, d'échappement et les garanties sécurisantes

1) Comportements d'évitement et d'échappement

Échappement: fuite d'une situation susceptible de provoquer une crise de panique

Évitement: consiste dans le fait d'éviter une situation, de ne pas y aller du tout.

- L'appréhension chez une personne agoraphobe suscite en elle tellement de peur qu'elle sera amenée à s'échapper ou à éviter une situation redoutée, plutôt que d'y faire face.
- Le comportement d'évitement et d'échappement entraîne chez l'agoraphobe un soulagement immédiat dû à la baisse d'anxiété provoquée par la fuite ou l'évitement de la situation anxiogène.
- Ce soulagement instantané entraîne l'individu à choisir l'évitement comme moyen pour réduire son anxiété, ce qui provoquera:
 - l'entretien des idées de catastrophisation
 - une perte d'autonomie et de confiance en soi
 - l'entraînement d'une agoraphobie sévère qui s'ajoute au trouble panique
- L'évitement peut concerner des situations ou des endroits comme l'épicerie, le métro, les grands centres commerciaux, le fait d'être seul chez-soi ou encore s'éloigner de la maison
 - faire de l'activité physique ou encore consommer des produits qui peuvent provoquer des sensations physiques comme le café

2) les garanties sécurisantes

- évitement plus subtil
- consiste dans l'évitement des sensations physiques en utilisant des médicaments pour soulager le moindre symptôme d'anxiété.
- Les garanties sécurisantes peuvent consister encore dans le fait de transporter toujours avec soi: une bouteille d'eau, des médicaments, un téléphone cellulaire, des moyens de distraction comme un livre ou de la musique ou encore se faire accompagner par quelqu'un lors de ses déplacements.
- Ce sont des moyens qui empêchent la personne de vraiment faire face au problème.
- Ce type d'évitement entretient l'idée que si la personne n'apporte pas ces objets, elle risque de se trouver en danger

D) Renforceurs additionnels

1) les stressseurs chroniques

- La présence de facteurs stressants fragilise et rend vulnérable l'individu, surtout si ces facteurs sont à l'origine des attaques de panique. Ceux-ci le rendent plus vulnérable aux attaques, il se sent moins apte à affronter ces stressseurs.

2) un soutien social inadéquat

- Puisque l'agoraphobe évite d'affronter certaines situations, il demandera souvent de se faire accompagner ou de faire les choses à sa place.
- Sans comprendre ni savoir comment répondre adéquatement aux demandes de la personne agoraphobe, ses proches, avec les meilleures des intentions, peuvent commencer à faire les choses à sa place. Comme par exemple aller à l'épicerie.
- Ils peuvent aussi accepter d'accompagner la personne dans tous ses déplacements,
- Ces personnes sécurisantes deviennent alors des compagnons phobiques i.e. des compagnons sécurisants. Il peut s'agir: d'un mari, d'un parent, d'un ami, d'un enfant, ...
- L'entourage peut aussi répondre aux comportements d'évitement de l'agoraphobe de façon agressive ou en blâmant celui-ci, ce qui contribue à augmenter sa détresse
- Ces comportements de la part de l'entourage contribuent très souvent à l'aggravation et au maintien des comportements d'évitement.

3) les bénéfices secondaires

- Avantages que l'agoraphobe retire de son dysfonctionnement : plus d'attention et d'aide de la part de ses proches, moins de responsabilités.
- Ces faux avantages peuvent être agréables pour quelqu'un qui présente des traits de passivité et de dépendance.
- Cette diminution d'autonomie peut favoriser un nouvel équilibre chez certains couples en accroissant les responsabilités de l'autre partenaire, qui se sentira valorisé.
- La personne ayant beaucoup de renforçateurs secondaires à son problème est moins encline à demander un traitement ou à persister pendant le traitement.
- D'autres agoraphobes ne bénéficient d'aucun bénéfice secondaire ce qui contribue à augmenter leur anxiété, entretenant ainsi leur problème de départ et leur causant une détresse importante.

RÉACTION EN CHAÎNE

- Ces mécanismes forment des cercles vicieux qu'il faut briser pour vaincre le TPA.
- Nous devons intervenir à plusieurs endroits.
- Présenter le modèle TPA II en le reliant à ce qui a été présenté ci-haut.
- Les stratégies de traitement reposent sur cette conceptualisation du problème; chaque stratégie vise à modifier une composante du TPA

PROCHAINE RENCONTRE

- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine

DEVOIR

- Lire les pages 23-40 pour la prochaine rencontre
- Noter les questions

RENCONTRE 3

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

**PRÉSENTER LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES PAGES 23-40 :
DÉMYSTIFICATION DE LA PANIQUE**

UN PHÉNOMÈNE NORMAL

- Tout le monde a déjà vécu un certain degré d'anxiété.
- Des sensations comme l'étourdissement, une vision brouillée, des engourdissements ou des picotements, des muscles tendus et presque paralysés, et un sentiment d'avoir le souffle court pouvant aller jusqu'à l'étouffement peuvent aussi faire partie de l'anxiété.
- Quand ces sensations surviennent et que les gens ne comprennent pas pourquoi, l'anxiété peut augmenter à un niveau de panique puisque les gens imaginent qu'ils doivent avoir une maladie grave.
- L'anxiété immédiate et de courte durée est appelée réponse de fuite ou de lutte.
- C'est une réponse qui est vécue par tous les animaux y compris les être humains à un moment donné de leur existence.
- L'animal qui fait face à un danger a 3 choix : fuir, figer, se battre
 - Le plus facile est de fuir pour éviter d'être blessé ou tué
 - S'il ne peut pas se sauver, face à un prédateur par exemple, il peut figer pour ne pas attirer l'attention. Dans ces moments, il semble paralysé par la peur.
 - S'il lui est impossible de fuir ou de figer car il a été aperçu, il peut lutter contre l'ennemi.
- Ces trois choix s'offrent également à l'être humain.

LES SYSTÈMES NERVEUX

Les différentes parties de l'organisme liées aux sensations et à la pensée sont coordonnées et commandées par les centres nerveux et les nerfs.

Sur le **plan anatomique**, le système nerveux est composé

- a) Système nerveux central
- b) Système nerveux périphérique

Système nerveux central

Formé par :

- cerveau
- cervelet
- tronc cérébral
- moelle épinière (à l'intérieur de la colonne vertébrale)

Système nerveux périphérique

Formé par l'ensemble des nerfs rattachés au système nerveux central

Sur le **plan du fonctionnement**, le système nerveux se divise en

- Système nerveux somatique
- Système nerveux autonome (SNA)

Système nerveux somatique :

- correspond au système nerveux moteur et sensitif
- responsable de la perception sensorielle et des mouvements volontaires

Système nerveux autonome (SNA) :

Régule les fonctions automatiques de l'organisme

- circulation sanguine
- pression artérielle
- respiration
- digestion
- température du corps
- sécrétion/excrétion

Englobe :

- Système nerveux sympathique (SNS)
- Système nerveux parasympathique (SNP)

Ces deux systèmes sont en constante interaction pour réguler les fonctions qui dépendent du SNA

Les centres responsables de la régulation du SNA sont situés dans le cerveau, le tronc cérébral et la moelle épinière.

Le système nerveux parasympathique

- Est associé à un ralentissement général des organes et à une stimulation du système digestif
- Il est modulé par l'acétylcholine
- L'acétylcholine, c'est un neurotransmetteur, i.e. une substance qui assure la transmission des messages par les nerfs

Le système nerveux sympathique

- Sert à mettre l'organisme en alerte et à le préparer pour l'activité physique et intellectuelle
- Il est activé par le danger, mais aussi par une panoplie d'autres raisons qui nécessitent que l'activité de certaines fonctions physiques soit intensifiée
- Il est associé à deux neurotransmetteurs :
 - a) l'adrénaline
 - b) la noradrénaline
- Ces deux neurotransmetteurs:
 - 1) **accélèrent l'activité cardiaque et respiratoire**
 - 2) **dilatent les bronches et les pupilles**
 - 3) **augmentent la tension artérielle et la sécrétion de sueur**
 - 4) **diminuent l'activité digestive.**

Par ex. : Lorsque que quelqu'un est assis à lire un bon livre, c'est surtout le système nerveux parasympathique qui est actif. Il garde ainsi le corps dans un état de repos relatif et stimule la digestion pendant ce temps-là. Si l'alarme de feu est déclenchée, en quelques secondes le SNP se met en marche et peut modifier la physiologie de la personne pour la mobiliser à l'action et assurer sa survie. Lorsque la personne s'aperçoit que c'est la fumée d'une rôtie brûlée dans le grille-pain qui a causé le déclenchement de l'alarme et qu'il n'y a pas de danger, le SNP rétablira l'équilibre antérieur de l'organisme.

Il est important de retenir que :

- l'activation de la réponse d'urgence vise à assurer notre survie. L'activation des sensations ressenties lors d'une attaque de panique n'est pas dangereuse et l'attaque diminuera plus rapidement si on ne la combat pas.
 - L'activation du SNS déclenche une série de modifications physiologiques et entraîne aussi une **intensification de toutes les réactions affectives**.

Ex: Dans une situation amusante, elle favorise le rire, dans une situation sexuelle, elle renforce les sensations érotiques, dans une situation stressante, elle augmente l'anxiété, favorise la colère ou la panique.

- **La réaction d'alarme en présence d'un danger réel.** Pour bien comprendre l'utilité des modifications physiologiques que le SNS produit, imaginons la situation suivante :

Ex. Vous vous promenez dans votre quartier avec la personne qui vous est la plus chère au monde. Vous continuez à vous promener, alors que cette personne s'arrête pour regarder un édifice en démolition. Vous avez franchi 100 mètres, lorsqu'un bruit intense vous fait retourner : un mur s'est écroulé et la personne que vous chérissez se trouve en-dessous d'une poutre. Elle crie et gémit. À ce moment-là, vous êtes envahi(e) par des émotions douloureuses et intenses et votre seul but, est de parcourir les 100 mètres le plus rapidement possible et d'utiliser le maximum de votre force pour dégager la poutre qui comprime la cage thoracique de votre être cher.

Quels sont les mécanismes que votre organisme devra mobiliser pour vous permettre d'atteindre ces deux objectifs?

Lorsque vous vous promeniez le SNP et SNS travaillaient ensemble pour réguler votre corps de façon adéquate ce qui vous permettait de profiter confortablement d'une activité physique d'intensité légère. Mais lorsque vous vous êtes aperçu(e) de l'accident, votre système nerveux sympathique a pris les devants pour vous permettre d'atteindre vos objectifs : courir le plus vite possible, penser vite et utiliser le maximum de force pour dégager votre copain(ine). Pour faire face à l'urgence votre cerveau a libéré l'adrénaline et la noradrénaline qui agissent à titre de messagers pour aider votre organisme à se mobiliser et agir en fonction de la situation.

Votre système nerveux sympathique était donc à l'œuvre et pour vous permettre d'agir, il a modifié votre fonctionnement de la façon suivante :

- augmentation de la tension artérielle, augmentation du rythme et de la force des battements cardiaques pour augmenter l'apport d'oxygène aux endroits les plus importants comme :

- gros muscles des cuisses et des bras pour vous permettre de courir vite et de soulever la poutre.
- les vaisseaux sanguins qui irriguent ces muscles se dilatent et le sang arrive de façon massive. Les vaisseaux sanguins de la peau, des doigts et des orteils se contractent : engourdissement des extrémités, moiteurs des mains. Ces régions ont moins besoin d'oxygène à ce moment-là et cela évite la perte de sang en cas de blessure. D'ailleurs, la coagulation sanguine augmente aussi dans le même but.
- l'apport sanguin diminue à l'estomac et aux intestins:
 - la digestion ralentit, la salivation diminue: bouche sèche,
 - sensations de nausée, gaz, constipation, diarrhée
- la force de contraction musculaire s'accroît, parfois au point d'avoir des tremblements musculaires
 - les muscles respiratoires se contractent pour une plus grande expansion des poumons
 - peut provoquer une fausse impression d'oppression respiratoire
- Il faut augmenter l'apport d'oxygène aux muscles puisqu'il constitue leur carburant. Par conséquent la fréquence et la profondeur de la respiration s'accroissent grâce à la contraction thoracique et diaphragmatique.
- L'activation intense fait grimper la température du corps: le corps transpire dans le but de se refroidir et de prévenir une élévation anormale de la température.
- Les pupilles se dilatent pour augmenter la vision périphérique
- La capacité d'attention est accrue et centrée entièrement sur la menace. L'activation mentale et la capacité de concentration ont augmenté de sorte à provoquer un effet énergisant. Le comportement et les émotions sont en harmonie avec les changements physiologiques de sorte que la colère et la peur visent à combattre le danger.
- Tous ces changements physiologiques, cognitifs et émotionnels vous permettent de courir les 100 mètres et de centrer vos forces pour soulever la poutre et dégager votre être cher. Cette réussite est due à l'activation du système nerveux sympathique. Une fois la situation d'urgence dépassée, le tout redevient normal grâce au système parasympathique qui reprend le contrôle. Toute cette activation ne vous a pas effrayé car vous lui avez trouvé un sens.
- Lorsqu'une réponse d'alarme est déclenchée dans un contexte où il n'y a pas de danger réel, elle ne représente aucun danger, malgré son inutilité.

La fausse alarme et l'hyperventilation

Respiration:

- Lors de l'**inspiration**, les poumons s'emplissent d'oxygène (O₂). Le sang en passant par les poumons, capte l'O₂ et le distribue aux cellules de l'organisme
- L'O₂ est utilisé comme carburant par les cellules qui produisent du CO₂ qui est relâché dans le sang qui le transporte jusqu'aux poumons.
- Ce CO₂ est rejeté par les poumons qui le rejettent lors de l'**expiration**

Hyperventilation:

- augmentation de l'apport d'O₂ au repos causant un déséquilibre entre la quantité d'O₂ et de CO₂
- provoque des sensations physiques désagréables:
 - sensation de tête vide
 - étourdissements
 - sensation d'irréalité et de dépersonnalisation
- Vous pouvez le vérifier en provoquant de l'hyperventilation pour quelques instants tout en restant assis.
 - Lorsqu'il y a une fausse alerte, le corps se prépare à la fuite, augmente la quantité d'O₂, mais reste immobile, ce qui provoquera un déséquilibre entre la quantité nettement plus élevée de O₂ par rapport à celle de CO₂.
- **Le simple fait de ralentir l'intensité de la respiration fera disparaître les symptômes provoqués par l'hyperventilation**

Les capacités de l'organisme

- Le corps a été conçu pour être actif et sollicité et non pour rester constamment au repos.
- Il possède des capacités beaucoup plus grandes que ce qu'on exige de lui, même lors d'une activité physique intense.
- Vous pouvez constater dans le tableau suivant que la seule différence entre la réaction physiologique lors d'une réaction d'alarme réelle, d'une fausse alarme et celle d'un effort physique intense, consiste dans le déséquilibre d'O₂ et le CO₂ dans la condition de fausse alarme.
- Ce déséquilibre est inoffensif, mais provoque des sensations désagréables qui disparaissent avec la normalisation de la respiration.

Tableau 1: Réactions de l'organisme dans certaines conditions

	Au repos	Réaction d'alarme véritable	Fausse alarme	Effort intense
Coeur	Éjecte 4 à 5 litres de sang par minute	Multiplie le débit par 2 ou 3	Multiplie le débit cardiaque par 2 ou 3	Multiplie le débit cardiaque de 4 à 7 fois
	Fréquence moyenne de 72 battements par minute	Augmente	Augmente	Fréquence de 240 battements moins l'âge par minute
Tension artérielle	Normale	Augmentée	Augmentée	Augmentée
Respiration	10 à 14 respirations par minute au repos 5 à 7 respirations pendant le sommeil	Accélérée et plus intense	Accélérée et plus intense	Accélérée et plus intense
	Confort respiratoire	Impression d'oppression respiratoire causée par la contraction musculaire et la sécheresse des voies respiratoires	Impression d'oppression respiratoire causée par la contraction musculaire et la sécheresse des voies respiratoires	Impression d'oppression respiratoire causée par la contraction musculaire et la sécheresse des voies respiratoires
Oxygénation du sang	Équilibre	Équilibre	Rapport O ₂ /CO ₂ perturbé: étourdissement, sentiment d'irréalité	Équilibre
Vaisseaux sanguins	État normal	Dilatés dans les gros muscles et contractés ailleurs	Dilatés dans les gros muscles et contractés ailleurs	Dilatés dans les gros muscles et contractés ailleurs
Muscles		Augmentation de la force de contraction	Augmentation de la force de contraction	Augmentation de la force de contraction
Système digestif	Irrigué normalement	Inhibe la digestion	Inhibe la digestion	Inhibe la digestion

Température corporelle	37.5°C	Transpiration pour maintenir la température à 37.5°C	Transpiration pour maintenir la température à 37.5°C	Transpiration pour maintenir la température à 37.5°C
-------------------------------	--------	--	--	--

Alarme apprise

- Les premières attaques de panique surviennent de façon inattendue. Les attaques subséquentes sont généralement déclenchées par plusieurs mécanismes impliquant des perceptions et des associations ou conditionnement entre des sensations, des situations et la réponse d'alarme.
- Dans le mécanisme déclenchant les attaques de panique, ce que la personne pense aura une grande influence sur ce qu'elle va ressentir
- Une attaque de panique peut être déclenchée par le fait de penser et d'appréhender une attaque de panique, ce qui correspond à une activité cérébrale du SNC
- L'individu qui interprète les sensations physiques d'une attaque de panique comme des signes d'un danger immédiat ou d'un trouble grave, augmentera les sensations physiques qu'il redoute en stimulant le SNS qui vise à le protéger en cas de danger réel.
- La réaction cognitive (les pensées) amplifie ainsi la réaction physiologique et les sensations redoutées, déclenchant souvent une attaque de panique.

La peur d'un infarctus

- Les gens associent souvent un rythme cardiaque élevé et la force des battements cardiaques à un infarctus.
- L'augmentation du rythme cardiaque et du débit sanguin sont totalement inoffensifs pour le cœur.
- Le cœur est très solide, étant constitué de fibres très denses et fortes.
 - Il peut endurer un battement cardiaque jusqu'à 200 pulsations par minute sans s'endommager, ni à court terme, ni à long terme.
- L'attaque de panique diffère totalement d'une crise cardiaque:
 - Dans une attaque de panique:
 - le cœur bat rapidement et est très oxygéné.
 - la douleur n'augmente pas en bougeant ou en se déplaçant vers un lieu associé à un sentiment de sécurité
 - les symptômes diminuent lorsque l'individu sort de la situation
 - Dans un infarctus:
 - le cœur manque d'oxygène

- le symptôme consiste en une douleur intense et continue au centre de la poitrine, comme si un camion comprimait la poitrine.
- le changement des battements cardiaques apparaît très secondaire à la douleur
- les symptômes (douleur, pression) augmentent avec le mouvement.

La peur d'étouffer

- Les gens ont souvent peur d'étouffer lors d'une attaque de panique alors que l'effet inverse se produit:
 - en réponse à l'alarme: les muscles thoraciques, diaphragmatiques et du cou se contractent pour permettre une plus grande oxygénation
 - cette contraction peut être douloureuse et donner une fausse impression de gêne respiratoire
- De plus, la respiration est une fonction réflexe: si vous manquez d'O₂, elle vous force à respirer
 - Essayez de retenir votre respiration pendant plus d'une minute et vous constaterez que vous ne pourrez pas la retenir bien longtemps.
 - Les gens prennent souvent trop d'oxygène, mais n'en manquent pas à cause de l'anxiété
 - **Ralentir le rythme et l'intensité respiratoire rétablira l'équilibre entre O₂ et CO₂ et fera disparaître la sensation d'étouffement**

La peur de s'évanouir

- Les étourdissements présents dans l'attaque de panique sont souvent associés à l'évanouissement, alors qu'ils sont dus à l'hyperventilation
- L'étourdissement par l'hyperventilation est très normal et ne mène généralement pas à l'évanouissement.
 - Ceci serait la pire conséquence de l'attaque de panique.
 - Ceux qui s'évanouissent suite à la panique se connaissent, et ont souvent un problème physique pouvant expliquer cette tendance : hypoglycémie, hypotension (chute de tension), malnutrition, vertige de Meunière etc.
 - Ces étourdissements ne posent aucun problème et disparaissent avec le temps

Les jambes molles

- Durant la réponse d'urgence, l'adrénaline sécrétée dilate les vaisseaux sanguins des jambes. Le sang s'accumule pour pouvoir mieux performer. Ce

phénomène donne l'impression d'avoir les jambes lourdes ou molles et laisse penser qu'il est impossible de marcher.

- Rien n'est plus faux: c'est précisément pour pouvoir mieux courir que les jambes deviennent ainsi.
- Rassurez-vous! Cette sensation de mollesse ne constitue qu'une impression: vos jambes peuvent vous mener où vous voulez et vous soutenir aussi longtemps que vous le désirez
- Acceptez les sensations et faites confiance à vos jambes, elles ne vous laisseront pas tomber.

La peur de devenir fou

- L'hyperventilation peut causer chez certaines personnes des sensations de désorientation et d'irréalité.
- Ces sensations peuvent provoquer chez certains individus l'impression d'être en train de devenir fou, car ils se sentent étranges, bizarres.
- Ces sensations disparaissent une fois que l'équilibre entre l'O₂ et le CO₂ est rétabli
- La peur de devenir fou est fréquente lors des attaques de panique, mais personne n'est jamais devenu fou suite à une attaque de panique
- La folie est généralement associée à la schizophrénie, une maladie mentale grave qui apparaît jeune, se développe lentement et n'apparaît pas de façon soudaine.
- Personne ne peut développer cette maladie mentale à la suite d'une attaque de panique.
- Une attaque de panique ne provoque pas d'hallucinations visuelles ni auditives, par conséquent une personne ne peut pas devenir folle peu importe les symptômes d'irréalité et de bizarrerie

La peur de perdre le contrôle

- Les gens ont souvent peur de perdre le contrôle à cause des sensations intenses ressenties pendant une attaque de panique
 - peur de se mettre à hurler, à courir dans tous les sens
- Leur attention est tellement centrée sur la volonté de fuir la situation que la seule perte de contrôle consistera donc à partir plutôt qu'à rester sur place
 - **Donc, la perte de contrôle redoutée pendant une attaque de panique n'est qu'un mythe**

- Les sensations de peur, physiques et émotionnelles vécues pendant une attaque de panique, aussi désagréables qu'elles puissent être, **ne constituent aucun danger**
- Il faut arrêter d'exagérer les réactions de peur puisqu'il n'existe aucun danger.
- Le trouble panique consiste dans l'apparition de réactions de survie dans des contextes inappropriés, où il y a absence de danger réel.
- La véritable conséquence d'une attaque de panique **est le désagrément, la souffrance émotionnelle.**
- Il faut cesser de redouter les dangers fictifs pour apprendre à désamorcer l'alarme apprise qui constitue l'attaque de panique
- Car **moins vous aurez peur de la panique, moins vous aurez des attaques de panique**

Modifier le discours intérieur

- Les interprétations irréalistes des sensations entretiennent la peur et contribuent à alimenter les réactions de panique.
- Il est donc important de changer son discours intérieur à partir des informations fournies précédemment.

Par exemple: vous observez à chaque jour un homme qui vous suit. Il est grand, costaud, en veston et cravate et porte une arme. À chaque fois que vous le voyez, vous avez peur car vous pensez que c'est quelqu'un qui veut vous tuer. Vous êtes terrifié et vous décidez d'en parler à vos proches. Vous apprenez alors que c'est un garde du corps engagé par votre famille pour assurer votre sécurité, même si vous ne courez aucun danger. Vous trouvez alors cette mesure de protection exagérée et demandez à votre famille de résilier le contrat. Vos proches avisent alors le garde du corps de cesser son travail, mais vu que ce dernier a été payé d'avance, il insiste pour vous protéger pendant un mois encore. Vous serez peut-être agacé par sa présence la prochaine fois que vous allez le voir. Toutefois il ne vous fera plus peur, car vous savez maintenant qu'il ne représente aucune menace.

- Il faut que la même chose se produise avec l'attaque de panique: Le cerveau doit modifier le message qu'il envoie au système nerveux autonome pour que le système nerveux parasympathique diminue les réactions de l'organisme en prenant le relais du système nerveux sympathique.

À NE PAS CONFONDRE

- Beaucoup de ces réactions surviennent durant différentes excitations du corps, pas seulement lors d'anxiété et de panique: pendant l'excitation sexuelle,

l'exercice physique et des moments de bonheur intense (comme en gagnant à la loterie).

- Elles sont également provoquées par la peur d'un danger réel (comme un intrus dans la maison).
- Lorsqu'il y a vraiment un danger, l'attention est dirigée vers le danger et l'action à prendre et non vers les sensations physiques provoquées.
- Si ces sensations surviennent en l'absence d'un danger, i.e. une attaque de panique, on cherche un danger pour expliquer ces sensations intenses. On porte attention aux sensations et on conclut que le danger doit être à l'intérieur de soi : peur de mourir, de s'évanouir, d'être fou, de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de s'étouffer, etc.
- Lorsque quelques-unes de ces sensations surviennent de nouveau, soit causées par l'anxiété, soit par un exercice physique, une relation sexuelle, l'ingestion d'aliments ou des symptômes reliés à une maladie (ex : allergies), elles sont interprétées comme étant précurseurs d'une autre attaque de panique à laquelle on attribue des conséquences dramatiques, et on sent le besoin de fuir ou de les éviter, ainsi que les situations auxquelles elles sont associées.
- En conclusion, aucun des symptômes de la panique et de l'anxiété ne sont dangereux. Ce sont des réactions physiologiques très normales. Le fait d'avoir ces réactions à des moments inappropriés n'est pas inquiétant en soi. Ces attaques de panique deviennent **problématiques à cause de l'interprétation qu'on en fait**. Si ces sensations sont interprétées correctement comme découlant de l'anxiété, de la fatigue extrême ou d'un exercice physique, elles passent souvent inaperçues et l'intensité des symptômes n'augmente pas. Lorsqu'on a peur de ces sensations et qu'on les anticipe, elles prennent des proportions catastrophiques, mais n'en sont pas plus inoffensives.

FAIRE FACE À LA PANIQUE

- Suite à l'auto-observation de vos attaques de panique, vous avez probablement remarqué que vous en avez moins souvent que vous ne le pensiez.
- Le travail que vous ferez sur vos pensées et vos comportements aidera encore à en réduire la fréquence.
- Les informations données durant les rencontres précédentes devraient déjà aider puisqu'elles vous donnent une meilleure compréhension du problème, par exemple, en sachant que les symptômes de l'attaque de panique ne sont pas dangereux et ne signifient rien de catastrophique.
- Lorsqu'une attaque de panique survient, ou si vous en anticipez une, il faut savoir comment réagir pour ne pas amplifier les symptômes (ce qui engendrerait que de l'inconfort).

❖ Il y a 3 stratégies principales pour faire face à la panique :

1) ACCEPTER LES SENSATIONS

- La lutte contre les sensations ne fait que les maintenir ou les amplifier.
- En vous contractant, vous devenez plus tendu et anxieux et augmentez les symptômes que vous redoutez.
- En cherchant à les contrôler, vous entretenez votre conviction qu'elles sont dangereuses.
- Puisqu'elles ne sont pas dangereuses, vous les **acceptez**.
- Laissez passer la réaction d'alarme dans votre corps tout entier en observant vos sensations, sans les refuser
- Plus vous vous laissez aller, moins la panique sera forte et plus elle passera vite

2) SE PARLER DE FAÇON RÉALISTE

- Vous savez maintenant que les sensations vécues pendant une attaque de panique sont tout à fait inoffensives
- Rappelez-vous que vous ne courez aucun danger
- Ne vous faites pas plus peur en pensant à des catastrophes qui n'arriveront jamais.
- Adoptez les **pensées réalistes et constructives** apprises

3) RESTER SUR PLACE

- La panique est la conséquence de l'activation du SNS
Vous n'allez pas aggraver la peur : l'adrénaline sera métabolisée et réabsorbée par votre organisme entre 3 et 5 minutes.
- N'oubliez pas que les attaques de panique ont une durée limitée
- **Restez alors sur place jusqu'à ce que l'anxiété diminue à un niveau que vous jugez confortable.**
- Plus vous affrontez vos peurs, plus vous constaterez qu'elles n'étaient pas fondées et qu'aucun des malheurs appréhendés n'est survenu.
- À force de constater que la réalité est beaucoup moins terrible que vos scénarios, vous retrouvez votre confiance en vous et votre sentiment de sécurité personnelle.

❖ Si vous mettez ces trois règles en application pendant une attaque de panique, vous constaterez qu'elle sera beaucoup moins intense et beaucoup moins pénible à supporter

- ❖ Plus vous les appliquerez, plus la fréquence et l'intensité des attaques de panique diminueront rapidement.

LA PENSÉE POSITIVE

Remplacer les pensées irréalistes par des pensées plus réalistes et constructives diffère de la pensée positive.

La pensée positive comporte une certaine négation de la réalité, alors que le but ici, c'est de devenir de plus en plus réaliste

- Ex : Un mois après avoir perdu son mari, une femme est toujours désespérée et dit que sa vie est finie.

La pensée positive : la convaincre qu'il ne faut pas avoir de la peine parce que son mari est bien là où il est maintenant. Elle doit se dire que la vie est belle et ne pas être triste.

- Cette façon de penser est aussi irréaliste que dire que sa vie est finie : la perte d'un être cher constitue un événement triste et il est normal d'avoir de la peine.
- Une pensée réaliste : C'est une épreuve difficile, mais la vie n'est pas finie pour autant. Le deuil constitue une étape normale et éprouvante, mais ce n'est qu'une étape, la peine s'atténuera avec le temps et la vie reprendra son cours.
 - Nier ses émotions peut provoquer l'apparition d'autres problèmes émotionnels.

Il est important de reconnaître l'émotion (ici, la tristesse), sans dédramatiser la situation de façon irréaliste.

- Il faut donc vivre une vie émotionnelle réaliste
- Le sentiment de peur devant une menace nous aide à sortir de la situation; alors que le sentiment de peur devant une situation non dangereuse nous prive de trop de plaisirs

PROCHAINE RENCONTRE

- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine

DEVOIR

- Lire les pages 41-49 pour la prochaine rencontre (ne pas lire la section 'Exposition aux activités naturelles').
- Préciser au participant d'attendre avant de faire les exercices d'exposition aux sensations physiques chez lui car ceux-ci seront fait lors de la prochaine rencontre de thérapie.
- Noter les questions

RENCONTRES 4 et 5

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

PRÉSENTER LES INFORMATIONS CONTENUES DANS LES PAGES 41-49. (Il est possible que tous les exercices ne puissent être « cotés » en une seule rencontre : il est possible de les terminer à la rencontre 5. Faire au moins les 8 premiers.)

À LA RENCONTRE 5 : RÉVISER LES AUTO-OBSERVATIONS SUR LES EXERCICES DONNÉS EN DEVOIR À LA RENCONTRE 4 AFIN DE S'ASSURER QU'IL Y AIT HABITUATION.

S'EXPOSER AUX SENSATIONS PHYSIQUES DE LA PANIQUE

- Après avoir vécu quelques attaques de panique, certaines sensations physiques deviennent associées à la panique et peuvent elles-mêmes déclencher une panique
- Ces sensations sont interprétées de façon catastrophique et suscitent la peur, car elles sont associées à un danger et à la peur de paniquer
- Une des stratégies que nous vous proposons vise à provoquer volontairement les sensations physiques propres à la panique
- La personne s'expose aux sensations qui lui font peur dans un milieu où elle se sent en sécurité, afin de les apprivoiser
- En constatant chaque fois qu'aucune des conséquences redoutées ne se produit et que la panique, si elle survient, se dissipe en quelques minutes, la personne cesse d'avoir peur de ces sensations.
- Cette stratégie permet de dissocier les sensations des événements catastrophiques redoutés et de les associer avec des explications réalistes et moins effrayantes (voir démystification de la panique)
- Ainsi, la personne agoraphobe se défait de sa peur des sensations de la panique; i.e. sa peur d'avoir peur
- Lorsque ces sensations ne suscitent presque plus de peur, ce sera plus facile de les affronter dans une situation difficile

- Comme nous avons discuté précédemment, et vous l'avez peut-être constaté par vous-même, moins une personne appréhende la panique, moins celle-ci survient fréquemment
- Les sensations les plus terrifiantes varient d'une personne à l'autre
- Les exercices que je vais vous présenter simulent certaines sensations ressenties durant la panique

- Il s'agit d'identifier les exercices qui provoquent chez vous les sensations les plus intenses et épeurantes et qui ressemblent le plus à vos attaques de panique. Vous pratiquerez alors ces exercices à la maison à tous les jours
- Plus ils seront pratiqués souvent, plus vous augmenterez votre seuil de tolérance aux sensations physiques, et plus ce sera facile de les affronter dans les situations difficiles.

EXERCICE : IDENTIFIER LES EXERCICES PERTINENTS

1. Identifier les sensations ressenties durant chacun des exercices
2. Évaluer l'intensité des sensations ressenties sur une échelle de 1 à 8
3. Évaluer l'intensité de votre peur des sensations
4. Évaluer le degré de similitude avec les sensations que vous ressentez durant une panique
5. Après chaque exercice, inscrivez vos observations dans la Grille d'identification des exercices pertinents
6. Placez un astérisque pour identifier les exercices cotés 3 ou plus
7. Placez ceux-ci en ordre croissant de difficulté

- **Voici les exercices :**

Exercice	Durée	Instructions
1. Secouer la tête	30 secondes	Penchez légèrement la tête et secouez-la de gauche à droite en gardant les yeux ouverts. Au bout de 30 secondes, relevez la tête et gardez-la bien droite pour quelques secondes.
2. Redressement de la tête	1 minute	Assis sur une chaise, penchez la tête entre vos jambes, plus bas que le niveau du cœur. Après 60 secondes, redressez-vous d'un coup.
3. Courir sur place	1 minute	Courez sur place en levant les genoux à hauteur des hanches si possible ou montez et descendez une marche rapidement.
4. Contracter tout le corps	1 minute	Assis sur la chaise, contractez tous les gros muscles de votre corps en soulevant un peu les cuisses de la chaise.
5. Retenir sa respiration	30 secondes	Prenez une grande respiration et couvrez votre nez et votre bouche avec votre main. Arrêtez avant si vous ne pouvez tenir 30

		secondes.
6. Tourner sur place	1 minute	Assis sur une chaise à roulettes, tournez sur place en gardant les yeux ouverts et sans fixer de point. Si vous n'avez pas de chaise, tournez sur place en station debout près d'un mur sur lequel vous vous appuyerez lorsque vous serez trop étourdi.
7. Hyperventilation	1 minute	Inspirez et expirez profondément par la bouche, suffisamment fort pour que l'on entende votre souffle.
8. Respirer à travers une paille	2 minutes	Pincez vos narines et respirez à travers une paille.
9. Fixer un point sur le mur	2 minutes	Fixez un point sur le mur sans dévier du regard pendant les 2 minutes.
10. Avaler rapidement	4 fois	Avalez le plus vite possible 4 fois de suite (il est normal que ce soit difficile d'avaler sans boire ni manger.)
11. Imaginer votre pire sensation	2 minutes	Fermez vos yeux, pensez à une attaque de panique et imaginez votre pire sensation pendant 2 minutes.
12. Fixer votre image ou votre main	2 minutes	Fixez votre visage dans le miroir ou la paume de votre main à une distance de 15 à 20 centimètres de votre visage sans dévier du regard.
13. Pression sur le bras	1 minute	Relevez l'avant-bras gauche et avec la main droite, pressez sur votre bras gauche de façon à restreindre la circulation.

- Vous pouvez ajouter d'autres exercices que vous jugez pertinents et qui provoquent des sensations désagréables qui ressemblent davantage à vos attaques de panique (ex : exercer une pression sur votre gorge)
- Il est essentiel que vous soyez capable non seulement de ressentir les sensations problématiques pour vous, mais également de les provoquer volontairement
- Il est important aussi que les sensations soient provoquées avec intensité.
- Ne vous ménagez pas, autrement, les exercices seront inutiles.
- N'oubliez pas que les sensations provoquées ne sont pas dangereuses mais seulement désagréables.

PROCHAINE RENCONTRE

- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine

DEVOIRS

- Répétez les exercices pertinents

POUR LA RENCONTRE 4 :

- Donner au moins 2 exercices à faire pendant la semaine même s'ils ne sont pas tous cotés et noter les observations à l'aide de la grille.
- Pas de lecture.
- Remettre une grille d'observation.
- Reprenez votre Grille et choisissez les 2 exercices classés au 1^{er} et 2^e rang

- Répétez chacun d'eux au moins 3 fois de suite.
 - Pour pratiquer ces exercices, vous devez avoir une montre avec trotteuse ou un chronomètre pour compter le temps
- Lorsque les 2 premiers exercices ne produisent presque plus d'anxiété ou de peur (2 ou moins), répétez-les pendant encore une semaine tout en commençant 2 nouveaux exercices s'il y a lieu.
- Dès le moment où vous commencerez à ressentir les sensations redoutées, il est essentiel de continuer l'exercice pendant au moins 30 secondes de plus.
- Après chaque exercice, vous devez évaluer l'intensité de votre anxiété ou de votre peur des sensations à l'aide de l'échelle de 1 à 8.
 - Vous remarquerez sûrement une diminution de la cote après chaque répétition
- En faisant ces exercices, soyez particulièrement conscient des pensées qui provoquent l'anxiété.
 - Ces pensées automatiques sont généralement irrationnelles. Vous pouvez tolérer les sensations en toute sécurité.
- Si aucun des exercices suggérés ne produit de la peur malgré la similitude des sensations avec celles que vous vivez durant une panique, il y a 2 raisons possibles :
- Vous vous sentez en sécurité dans le cadre particulier dans lequel vous faites l'exercice. Essayez de vous imaginer de façon aussi réelle que possible dans une situation redoutée
 - Si vous êtes accompagné, le fait de pouvoir être aidé peut vous donner un sentiment de sécurité qui atténue l'intensité des symptômes. Ce raisonnement est basé sur la croyance erronée que vous êtes en danger quand vous êtes seul. Il serait alors important de les faire seul.

Après un certain temps, vous constaterez que dans votre vie quotidienne, vous aurez moins peur de ces sensations lorsqu'elles se présentent, soit à cause de l'anxiété, soit provoquées par un exercice quelconque. Ainsi, les sensations ne s'intensifieront pas et vous vous sentirez plus en contrôle

POUR LA RENCONTRE 5 :

- Poursuivre les exercices d'exposition aux sensations physiques et les auto-observations
- Lire les pages 49-51 (commencer la lecture à la section 'Exposition aux activités naturelles')

RENCONTRE 6

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DE LA SEMAINE PRÉCÉDENTE

L'EXPOSITION AUX ACTIVITÉS NATURELLES (pages 49-51)

- Il est possible que vous ayez développé un comportement d'évitement vis-à-vis certaines activités quotidiennes parce qu'elles déclenchent ou ont déjà déclenché des sensations qui vous terrifient, et ce, même si vous n'êtes pas conscient que vous les évitez.
- Le rationnel de la procédure d'exposition sous-tend qu'il faut appliquer la même approche que précédemment aux activités naturelles qui induisent des sensations similaires à celles que vous ressentez durant un épisode de panique.
- Compléter la liste de la page 50 ayant trait à ce type d'activité naturelle. Reprenez la liste (page 50) et classez à la page 51 chaque activité en ordre en commençant par celle qui vous fait le moins peur jusqu'à celle qui vous fait le plus peur.
- Reprenez maintenant la même procédure d'exposition avec chacune de ces activités.
Vous la pratiquez jusqu'à ce qu'elle ne vous fasse plus peur. Puis, vous pratiquez la suivante jusqu'à la fin de la liste. L'ordre varie aussi parfois en fonction des opportunités de pratiquer une activité ou l'autre. Saisissez toutes les occasions possibles, ce sont vos progrès qui n'en seront que plus rapides.
- Il y a certaines différences dans la façon de s'exposer aux activités naturelles par rapport aux exercices intéroceptifs précédents. Pour des raisons pratiques, on doit parfois laisser un délai plus grand avant de répéter un exercice comme dans le cas de l'absorption de café. D'autre part, comme dans le cas du café, les effets durent souvent plus longtemps que lors des exercices plus spécifiques. Cela ne signifie pas qu'ils sont plus dangereux.
- Comme les activités naturelles entraînent des effets plus longs qu'on ne peut pas faire cesser par contrôle direct, elles permettront un apprentissage supplémentaire quant au laisser-aller, à la **tolérance** des sensations physiques, sans tentative de contrôle.
- Attendez-vous à ressentir les sensations et à utiliser les règles à suivre pour accepter ces sensations comme lors de l'exercice précédent. Relisez souvent la procédure d'exposition pour être sûr de bien l'appliquer.

ET SI VOUS PANIQUEZ ...

- Il se peut que vous viviez encore quelques paniques pendant le traitement et même qu'une attaque de panique se déclenche à la suite de l'exposition à un des exercices précédents. Le trouble panique ne peut pas disparaître tout d'un coup. Si vous avez encore des paniques, cela ne signifie pas que le traitement est inefficace, cela signifie que vous avez encore une réponse d'alarme apprise et que vous craignez encore vos symptômes bien désagréables mais inoffensifs. Seules la persistance et la pratique continue et régulière vous permettront de vraiment désapprendre la réponse d'alarme et remplacer vos anciennes peurs par une conviction viscérale que les sensations de panique ne constituent aucun danger et ne provoquent aucune catastrophe. Nous vous incitons à relire les pages 38 et 39 (les stratégies proposées pour faire face à la panique) afin de pouvoir mieux l'affronter et ne pas vous laisser décourager par ce type d'événement désagréable mais sans conséquence pour la réussite de votre traitement.

- Il y a des éléments clés dont vous devriez vous souvenir et qui pourraient vous aider à maintenir une vision plus objective plutôt que d'être pris dans un cycle émotionnel de peur. Ce qui suit est une description des problèmes parfois rapportés dans des moments où l'anxiété ou la panique sont très élevées :
 1. Je me sens tellement affolé que je ne peux penser clairement ou logiquement.
 2. Lors de ces moments où je me sens affolé, il m'est difficile de croire aux verbalisations adéquates, et ma croyance dans les vieilles affirmations négatives refait surface (ex. « Je vais réellement mourir. »)
 3. Je ne peux tout simplement pas contrôler ma tension physique ou ma façon de respirer.

- Réfléchissez à savoir si un de ces trois processus (ou tout autre processus) se manifeste dans les moments de panique et entrave une réaction fonctionnelle de votre part. Pour chacun de ces cas, il est important de se souvenir des points suivants :
 1. Vous pouvez toujours intervenir sur vos pensées lors d'une attaque de panique, il s'agit seulement de vous y entraîner. N'oubliez pas, à cause de la réaction d'alarme, vos facultés cognitives sont à leur maximum.
 2. Souvenez-vous que votre **impression** que le danger est réel est déclenchée par un ensemble de croyances erronées. Lors des paniques antérieures vos craintes ne se sont jamais réalisées : vous n'avez pas fait de crise cardiaque et vous n'êtes pas mort, cela n'arrivera pas plus aujourd'hui.

3. N'oubliez pas, il faut laisser aller les sensations physiques et les accepter plutôt que de lutter contre elles.

DEVOIR

- Relire les pages 49 à 51 pour la prochaine rencontre
- Noter les questions
- Poursuivre les exercices.

RENCONTRE 7

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

RETOUR SUR LES STRATÉGIES VUES JUSQU'À MAINTENANT ET LES PROGRÈS RÉALISÉS

LIRE LES PAGES 52-57 POUR LA SEMAINE PROCHAINE

POURSUIVRE LES EXERCICES

RENCONTRE 8

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

AFFRONTER PLUTÔT QU'ÉVITER (PAGES 52-57)

- **Importance des comportements d'évitement qui maintiennent la phobie et perpétuent la peur.**
- Chaque fois que vous évitez de faire face à une situation, vous vous sentez profondément soulagé, en croyant que vous êtes épargné d'une catastrophe.
- Ceci augmente la probabilité de recommencer à éviter.
- L'échappement produit une diminution de l'anxiété mais maintient la peur.
- Ainsi, vous n'avez jamais la chance de constater que si vous restiez ou si vous affrontiez la situation, il n'arriverait aucun des malheurs que vous craignez.
- Bien sûr, vous auriez des malaises et vous seriez anxieux.
- Pour vaincre la peur, il faut cesser d'éviter et commencer à vous exposer aux situations que vous craignez.
- Nous avons démystifié les conséquences irréalistes que vous accordiez à la panique, il n'y a donc aucune raison logique de ne pas affronter ces situations maintenant.
- Vous sentez peut-être le désir d'abandonner à ce point, terrifié à l'idée d'affronter les situations que vous craignez depuis des années.
- N'ayez pas peur. Quand vous les affronterez, vous désirerez y faire face.
- La méthode que nous proposons est simple et ne nécessite que de la persévérance et un peu de courage.
- Le fait de vous exposer aux situations d'une manière bien précise fera disparaître graduellement votre anxiété (*Montrer le graphique des effets produits sur le niveau d'anxiété par différents comportements. Le graphique est à l'annexe*).

L'EXPOSITION GRADUÉE ET PROLONGÉE

- Il faut ajuster le réglage de votre système d'alarme/système nerveux trop sensible afin qu'il cesse de considérer des signaux inoffensifs (situations, sensations physiques) comme une menace.

- Le meilleur moyen est l'exposition graduée et prolongée aux situations faussement interprétées comme menaçantes.
- Il faut commencer par affronter une situation qui suscite une réaction légère.
- Vous pourrez ainsi apprendre à supporter l'anxiété sans paniquer, car elle crée des sensations de faible intensité.
 - Vous devrez alors rester dans la situation jusqu'à ce que l'anxiété ait disparu ou ait diminué assez pour que vous n'ayez plus peur de vos sensations.
 - Vous répéterez alors la même situation jusqu'à ce que l'alarme ne se déclenche plus.
 - Puis, vous passerez à une situation plus difficile.
- L'exposition graduée et prolongée permet un processus d'habituation et d'extinction de la réponse d'anxiété.
- Ainsi, vous réhabituez votre système nerveux à ces situations pour qu'il arrête de les interpréter comme une menace.
- Si vous restez dans la situation sans vous nourrir de pensées catastrophiques, votre anxiété diminuera dans cette situation.

EXERCICE PENDANT LA RENCONTRE:

- Préparez une liste de situations que vous aimeriez pouvoir affronter à nouveau.
 - Classez ces situations par ordre de difficulté, de la plus facile à la plus difficile
 - Décomposez les plus difficiles en petites étapes intermédiaires
 - Ciblez une situation qui sera l'objet d'un exercice d'exposition à la prochaine rencontre
 - IDÉALEMENT, choisissez l'exercice le plus difficile pour le participant et décomposez-le en étapes intermédiaires à faire pendant les trois rencontres (objectif : que le participant se soit exposé à sa pire situation avant la fin du traitement, si cela est possible et réaliste).

FIXER LE PROCHAIN RENDEZ-VOUS DANS UNE SEMAINE :

****** prévoir une séance de 90 minutes afin de faire l'exposition.**

RENCONTRES 9, 10 ET 11

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

EXERCICE D'EXPOSITION IN VIVO (la durée des rencontres peut aller jusqu'à 90 minutes)

Fixer le rendez-vous dans une semaine.

*****À LA RENCONTRE 11 :**

PRÉVOIR CE QUI SERA FAIT DANS LA RENCONTRE 12 (CONSOLIDATION DES ACQUIS) et l'annoncer au participant.

RENCONTRE 12

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

OBJECTIF DE CETTE RENCONTRE : CONSOLIDATION DES ACQUIS

- Ceci NE DOIT PAS INCLURE :
 - De nouvelles stratégies (affirmation, relaxation, etc.)
 - De nouvelles informations (sur l'anxiété, le TAG, etc.)
- Ceci peut inclure :
 - un résumé des stratégies et informations vues précédemment
 - un exercice d'exposition (intéroceptive ou in vivo)

**FIXER LE RENDEZ-VOUS LA SEMAINE PROCHAINE
LIRE LA PAGE 58.**

RENCONTRES 13 et 14

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR SUR LES EXERCICES DES SEMAINES PRÉCÉDENTES

PRÉVENTION DE LA RECHUTE (page 58)

LES PÉRIODES DIFFICILES

- Vous sortirez de votre traitement grandi par l'autonomie retrouvée et une meilleure confiance personnelle
- Les plus grandes réussites comportent des obstacles auxquels vous allez devoir faire face.
- Vous aurez parfois tendance à vous décourager.
 - Ne cédez pas à ces moments difficiles.
 - Prenez un répit et mesurez vos progrès.
 - Revoyez les exercices accomplis.
 - C'est possible que vous vouliez aller trop vite.
 - Laissez-vous la chance de progresser à votre rythme.
 - Peut-être est-ce le manque de soutien de votre entourage qui vous affecte. Prenez le temps de leur expliquer.
- Apprenez à vous féliciter.
- Vos sentiments varient d'un jour à l'autre, comme pour tout le monde.
- Ne laissez pas une mauvaise journée compromettre votre traitement
- Ce découragement peut suivre une attaque de panique sévère, un moment de dépression, ou une période où vous êtes confronté à de nombreux stressseurs.
- Ayez une attitude positive envers vous-même et de la persévérance.
- Servez-vous de l'humour pour dédramatiser vos difficultés.

MAINTENIR VOS ACQUIS

- Vous maîtrisez mieux vos attaques de panique et ne les considérez plus comme un phénomène dangereux.
- Plusieurs personnes agoraphobes préfèrent arrêter le traitement dès qu'elles se sentent mieux.
- Il peut rester certaines situations qui n'ont pas été maîtrisées.

- Ce n'est pas un problème tant que ces situations ne sont pas évitées fréquemment (ex : avion).
- Considérez la signification de cet évitement et ses conséquences à long terme sur le maintien de votre progrès.
- Les facteurs prédisposants et précipitants dont nous avons parlé en début de traitement sont importants à reconsidérer pour prévenir les rechutes.
 - De telles situations ou traits de personnalité peuvent servir à maintenir le problème ou à le faire réapparaître.
- Rappelez-vous les stratégies principales pour composer avec les attaques de panique que nous avons vues en cours de traitement :
 - Démystification des symptômes
 - Exposition aux sensations physiques de la panique
 - Exposition aux activités naturelles
 - Exposition aux situations problématiques

RENCONTRE 13 :

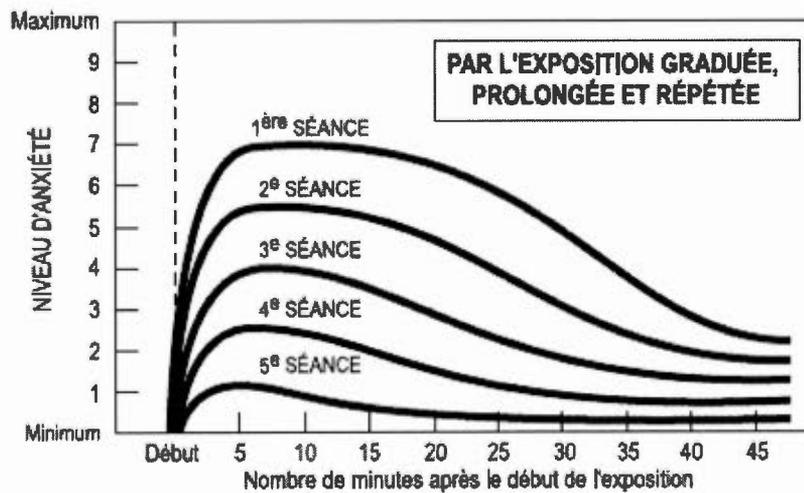
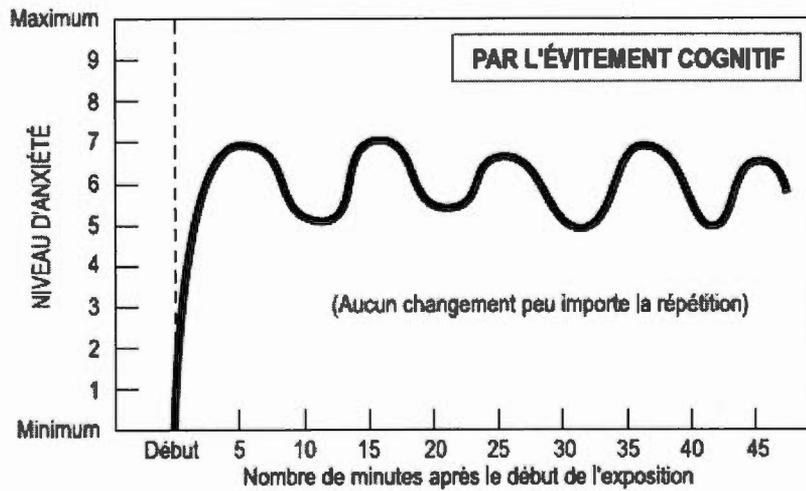
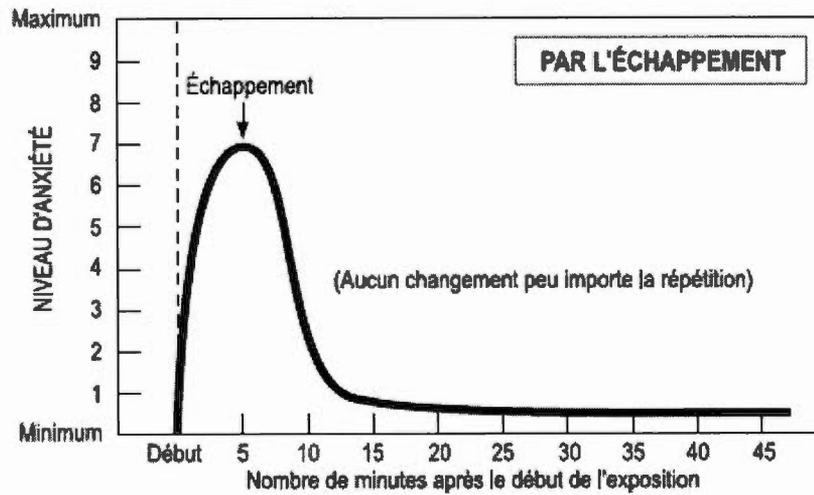
- Fixer le prochain rendez-vous dans une semaine.
- Préparer un bilan de fin de thérapie.

RENCONTRE 14 :

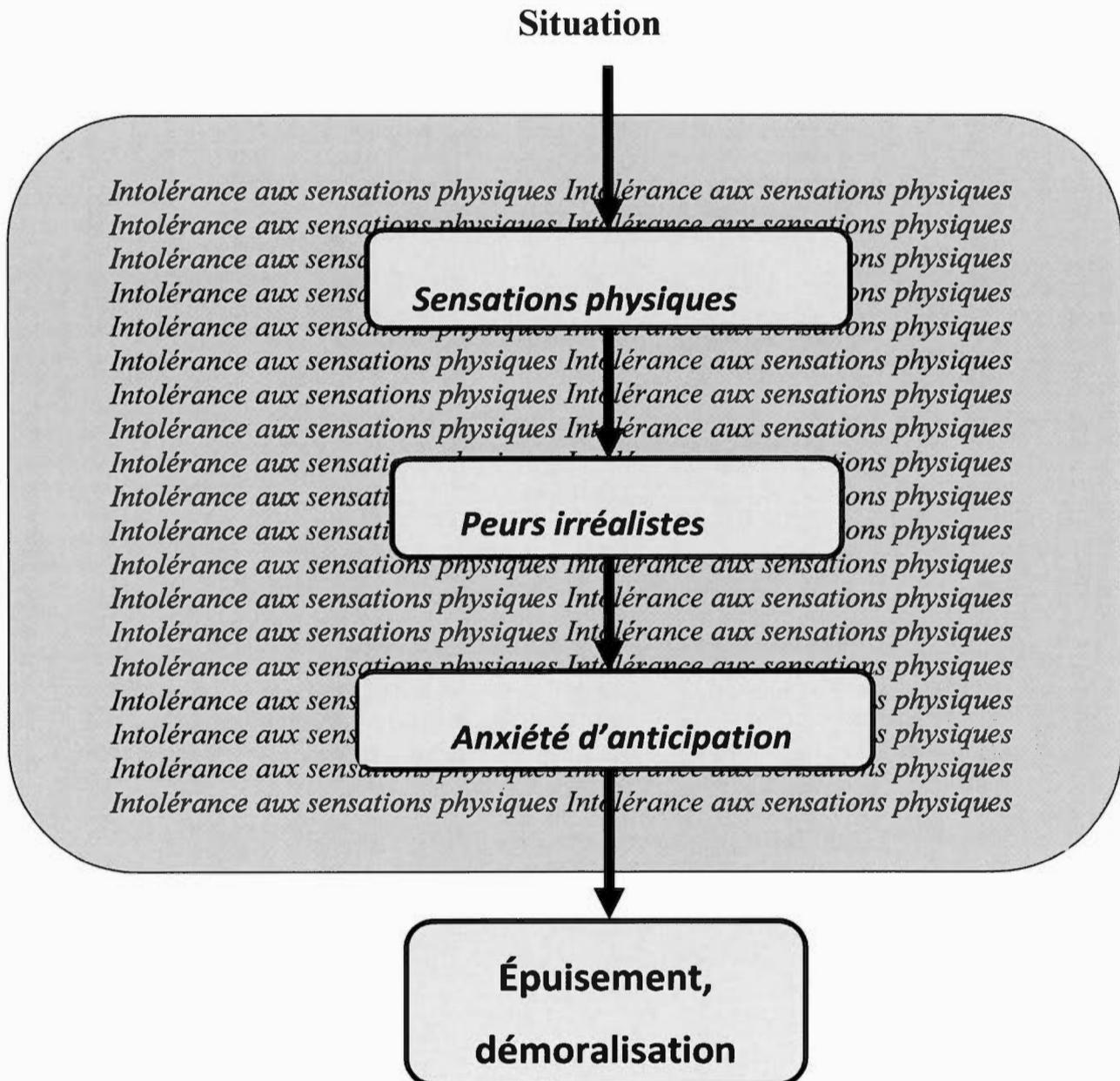
- Apporter le carnet lors de l'évaluation post-traitement.
- Rappel de ne pas modifier la médication ou débiter une thérapie pendant les 3 prochains mois (à moins d'un problème d'ordre éthique : à discuter avec les chercheurs en cas de doute).
- Cibler 3 objectifs à atteindre durant les 3 prochains mois (le participant les mentionnera aussi à l'assistant de recherche lors de l'évaluation post-traitement et en vérifiera l'atteinte lors du suivi de 3 mois).

ANNEXE

EFFETS PRODUITS SUR LE NIVEAU D'ANXIÉTÉ PAR DIFFÉRENTS COMPORTEMENTS



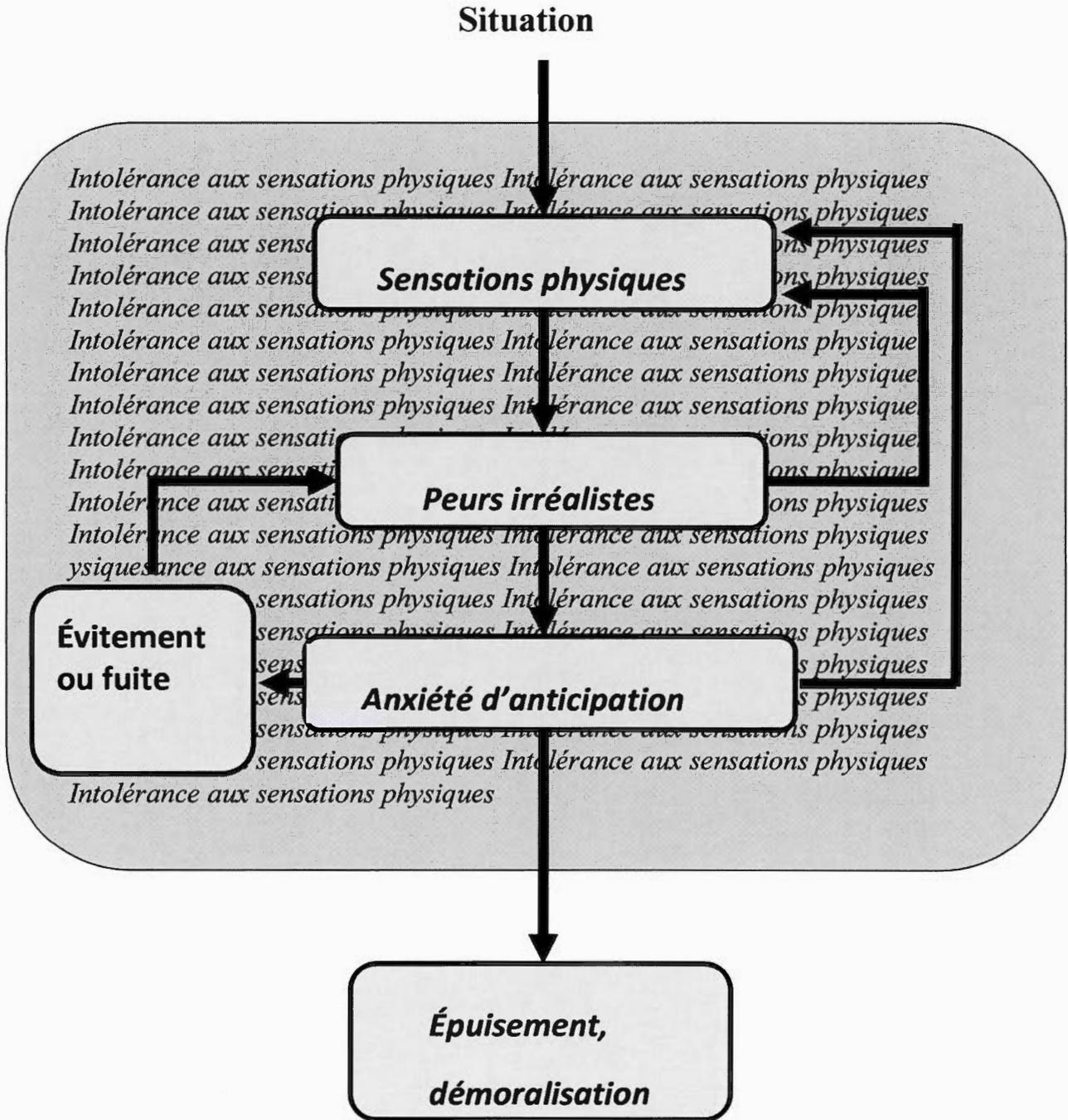
Modèle du trouble panique avec agoraphobie I

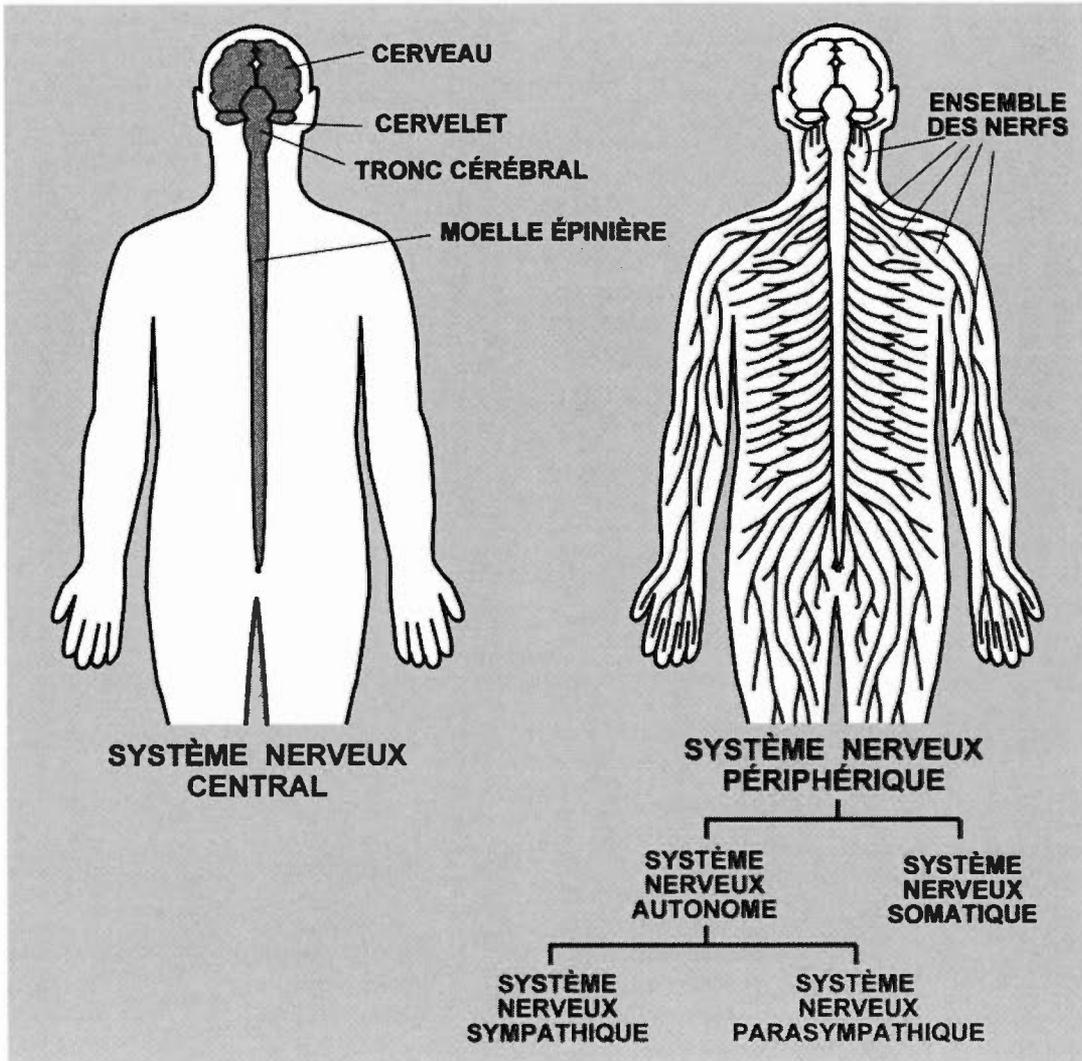


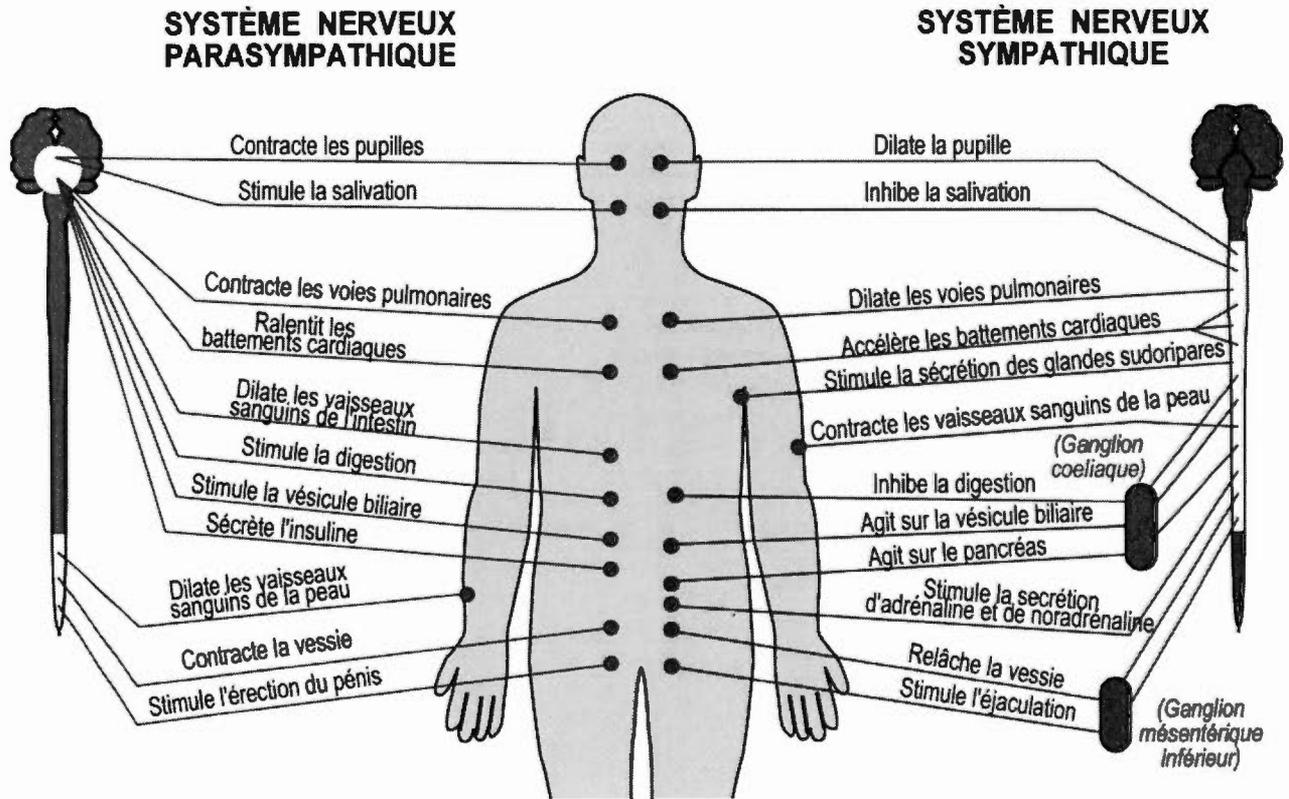
Liste de garanties sécurisantes

- Une personne, un compagnon sécurisant
- Des médicaments ou une bouteille vide de médicaments
- Un sac de papier brun
- De l'eau en bouteille ou une boisson gazeuse
- Les principaux numéros de téléphone des cliniques ou hôpitaux près de chez vous
- Un téléphone cellulaire pour appeler quelqu'un en cas de malaise
- La possession d'un porte-bonheur
- Avoir en tête des solutions ou plans pour éviter, s'échapper, s'éloigner rapidement d'une situation
- Conduire dans la voie la plus lente
- Conduire avec la radio allumée
- S'asseoir ou demeurer près des sorties d'urgence
- Bien connaître en tout temps l'emplacement des toilettes
- Se distraire
- S'agripper après le volant tellement fermement que vos mains en deviennent blanches
- Faire des activités durant les journées ensoleillées plutôt que lors des journées pluvieuses
- Faire des activités les journées que vous vous sentez bien dans votre peau et ne pas les faire, les journées ou vous sentez moins bien (c'est votre état physique qui dicte ce que vous allez pouvoir accomplir ou non certaines journées)
- Avoir une zone de sécurité subjective dans laquelle vous sentez que rien ne peut arriver
- Tout objet ou comportement qui peut, selon votre perception, avoir la propriété d'empêcher de ressentir des sensations désagréables ou bien d'avoir une attaque de panique
- Se raidir
- Prendre une respiration profonde
- S'appuyer sur le panier d'épicerie ou bien à l'aide d'une canne

Modèle du trouble panique avec agoraphobie II







Identification des exercices intéroceptifs pertinents

Exercice	Sensations	Intensité des sensations 1 à 8	Peur/anxiété /inconfort 1 à 8	Similitude 1 à 8	Exercices retenus (mettre une étoile, puis numéroté en ordre croissant de peur)
1. Secouer la tête					
2. Redresser de la tête					
3. Courir sur place ou monter-descendre une marche					
4. Contracter tout le corps					
5. Retenir sa respiration					
6. Tourner sur place					
7. Hyperventiler					
8. Respirer à travers une paille					
9. Fixer un point sur le mur					
10. Avaler rapidement 4 fois de suite					
11. Imaginer votre pire sensation					
12. Fixer votre image ou votre main					
13. Exercer une pression sur le bras					

LISTE DES SITUATIONS ÉVITÉES

Situation naturelle	Peur (échelle 0-8)

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES

NOM: _____

Date	Décrire la situation	Étiez-vous 1 = seul-e 2 = accom- pa- gné-e	Avez-vous 1 = fait face à 2 = évité 3 = quitté la situa- tion?	Combien de temps êtes-vous demeuré-e dans la situation?	Niveau d'anxiété (0-10) a) avant b) pendant c) après	A quoi pensiez-vous a) avant b) pendant c) après la situation?
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____

• Si vous avez fait face à la situation avec l'aide d'un objet sécurisant, veuillez indiquer de quel objet il s'agit.

Objectifs personnels pour les dernières semaines

Le but de ce devoir est de vous aider à vous fixer des objectifs personnels concernant le TPA et méritant d'être travaillés pour les dernières rencontres de thérapie. La deuxième partie consiste à indiquer les moyens que vous allez prendre pour atteindre l'objectif.

Mon 1er objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

Mon 2ème objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

Mon 3ème objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

**Traitement individuel pour
le trouble d'anxiété généralisée primaire**

Protocole du thérapeute

Inspiré du manuel du thérapeute de
Michel J. Dugas, Eliane Léger, Mark H. Freeston, & Robert Ladouceur

Révisé par
Joane Labrecque
Frédéric Langlois
Mélissa Martin

Mars 2009

Table des matières

Rencontre	Traitement TAG
Rencontre 1	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Présentation de la TCC ➤ Qu'est-ce que l'anxiété ➤ L'inquiétude et anxiété, modèle de base
Rencontre 2	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les composantes de l'anxiété ➤ Distinction entre les deux types d'inquiétudes
Rencontres 3 et 4*	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'intolérance à l'incertitude ➤ Nombre de rencontres suggéré : 2
Rencontre 5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les croyances erronées attribuées aux inquiétudes
Rencontres 6 et 7*	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La résolution de problèmes ➤ Nombre de rencontres suggéré : 2
Rencontres 8, 9 et 10*	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'exposition cognitive ➤ Nombre de rencontres suggéré : 3
Rencontre 11	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Résumé des principales composantes ➤ Les inquiétudes difficiles à classer
Rencontre 12	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Consolidation des acquis
Rencontre 13	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Prévention de la rechute
Rencontres 14	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bilan

* Pour ces rencontres, nous suggérons à l'avance un nombre de rencontre, mais le thérapeute peut en décider autrement selon son jugement clinique.

Nous suggérons aux thérapeutes de respecter l'ordre des rencontres tel que décrit ci-dessus.

RENCONTRE 1

ACCUEIL

INTRODUCTION AU TRAITEMENT

- Féliciter le participant pour sa présence, indice de motivation en soi.
- Le rassurer sur son anxiété lors de cette première rencontre
- Présentation brève des objectifs généraux du traitement
- Expliquer qu'une thérapie cognitivo-comportementale implique une participation importante du client (ex : les devoirs entre les séances) et que nous visons l'autonomie de la personne face à son anxiété. Notre rôle en tant que thérapeute est de lui donner des outils et de lui apprendre à s'en servir.
- Attentes et objectifs du client face au traitement

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

CONTENU DE LA RENCONTRE

- Présenter les informations contenues dans le manuel du participant (rencontre 1) :
 - Qu'est-ce que la TCC
 - L'anxiété normale vs anormale
 - Fonction adaptative de l'anxiété :
 - réaction d'alarme (fuite ou lutte) normale face à un danger
 - l'anxiété peut augmenter la performance, nous permettre de nous préparer adéquatement dans certaines circonstances (ex : pour une entrevue), mais s'il y en a trop, la performance diminue. Expliquer la courbe en U inversé
 - Qu'est-ce qui fait que l'on développe ce problème ?
 - Facteur prédisposant
 - Facteur précipitant
 - Qu'est-ce qui rend ce problème chronique ?
 - Facteur d'entretien
 - Présentation du modèle I du TAG : Anxiété et inquiétude, explication des variables de la ligne centrale du modèle.

DEVOIRS

Remise au participant du manuel de traitement version participant

1. Expliquer l'exercice de la prise de conscience des inquiétudes, c'est-à-dire noter à 3 moments prédéterminés par jour les inquiétudes présentes. Souligner l'importance de bien reconnaître l'inquiétude avant de changer les comportements associés à l'inquiétude.
2. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui. *Rappeler aux participants de toujours noter leurs questions par rapport aux lectures s'ils en ont.*
3. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 2

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION et rappeler l'importance de bien les remplir et de les rapporter à chaque semaine.

RETOUR ET RÉVISION SUR LE CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.

Retour sur le modèle I du TAG. Le thérapeute illustre le modèle en demandant au participant de l'aider à décrire ce que signifient les éléments suivants : situation, question « Si...? », inquiétudes, anxiété, démoralisation et épuisement. S'il reste des questions concernant ce premier modèle, le participant est invité à les poser à ce moment.

CONTENU DE LA RENCONTRE

Les composantes de l'anxiété :

- Les sensations physiques
- Les cognitions
- Les comportements
- L'environnement

- ◇ Expliquer chacune des composantes ainsi que l'interaction existant entre chacune de ces composantes et comment elles peuvent s'influencer mutuellement. Donner des exemples. Discuter avec le participant.
- ◇ Expliquer la composante « environnement » et les impacts possibles de la thérapie sur ce point (ex : changement au sein du couple, etc.).

Quelles sont les composantes de l'anxiété ciblées par la thérapie?

- ◇ Expliquer que la thérapie vise à modifier les cognitions et les comportements afin que les émotions (anxiété) se modifient elles aussi (réduction de l'anxiété).

La définition de l'inquiétude

- Présenter les ingrédients importants des inquiétudes pour être en mesure de bien les reconnaître.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

Après avoir donné une définition de ce qu'est une inquiétude, le thérapeute peut faire un retour sur les devoirs.

Note. Le thérapeute peut aussi faire le retour sur les devoirs avant d'avoir expliqué ce qu'est une inquiétude.

Le participant est invité à nommer quelques exemples d'inquiétudes qu'il a notés durant la semaine. À partir de cette "banque" d'inquiétudes, le thérapeute demande au participant quelles sont les caractéristiques qu'il remarque suite à ce qui a été présenté sur la définition des inquiétudes. Après que le participant ait eu le temps d'émettre plusieurs observations, le thérapeute reprend ces idées en les regroupant si besoin, et en mettant l'emphase sur les aspects suivants: certaines inquiétudes sont déclenchées par des situations "externes" observables (par exemple: la température) mais d'autres le sont par des situations "internes" (par exemple: une pensée concernant un souvenir, un symptôme physique ou une information déjà apprise). Des inquiétudes peuvent même par elles-mêmes en déclencher d'autres, on observe alors un enchaînement des inquiétudes qui peut durer de quelques minutes à plusieurs heures. Ces inquiétudes contiennent toujours des questions « Si...? ». Les inquiétudes portent sur une grande diversité de sujets, mais pour chaque personne, il y a aussi certains thèmes qui reviennent plus fréquemment. Les inquiétudes sont très rarement vécues sans aucun malaise, en effet il y a toujours présence d'anxiété, même si ses manifestations et sa quantité ne sont pas toujours identiques.

Les types d'inquiétudes

- **Type 1**
- **Type 2**
- **Que faire avec les inquiétudes difficiles à classer ?**

Certaines inquiétudes sont plus difficiles à classer que d'autres, parfois on a l'impression de manquer d'informations pour affirmer avec certitude s'il s'agit du type 1 ou 2, mais c'est normal ! Et en plus, ce n'est pas très grave ! L'important est de catégoriser l'inquiétude selon ce qui la caractérise le mieux. C'est une bonne occasion de souligner aux participants que cela fait partie de la thérapie que d'avancer même lorsqu'on est incertain. Quand l'inquiétude est sur une zone grise, s'ils le désirent, ils peuvent tenter de trouver la part (ou le pourcentage) qui appartient au type 1 et la part (ou le pourcentage) qui appartient au type 2.

DEVOIRS

1. Le devoir consiste à poursuivre la prise de conscience des inquiétudes, c'est-à-dire noter à 3 moments prédéterminés par jour les inquiétudes présentes mais cette fois-ci, il faut indiquer le type de chacune (donc, classer les inquiétudes).
2. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
3. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRES 3 ET 4

L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

Nombre de rencontres suggéré : 2

La première rencontre des deux rencontres suggérées comportera davantage d'éléments de psychoéducation sur l'intolérance à l'incertitude. La rencontre suivante mettra plus sur la consolidation et le travail concret d'application à partir des devoirs et de l'expérience du participant.

Rencontre 3

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

Retour sur la définition de l'inquiétude qui mettait l'emphase sur les 3 éléments suivants : *"l'inquiétude est un ensemble de pensées et de doutes qui s'enchaînent, au sujet d'événements négatifs futurs, et qui est accompagné d'anxiété".*

RETOUR SUR LES DEVOIRS et discussion des résultats obtenus, conclusions tirées, obstacles rencontrés, etc.

À partir des devoirs de la semaine précédente, on révisé les 2 types d'inquiétudes qui guideront le choix des stratégies thérapeutiques. Il s'agit des types suivants : inquiétudes concernant un problème réel (type 1) ou éventuel (type 2).

Retour sur l'exercice de prise de conscience des inquiétudes et de classification des inquiétudes. Le participant est invité à comparer ses observations de cette semaine et celles de la semaine précédente. Ayant noté des inquiétudes 3 fois par jour durant 14 jours, le participant devrait commencer à pouvoir remarquer des particularités : Y a-t-il des inquiétudes qui reviennent (selon l'heure, le jour, les activités faites par exemple)? Y a-t-il un type qui revient plus que l'autre?

Et maintenant, que faire avec chaque type d'inquiétude?

En sollicitant les idées du participant, le thérapeute élabore une liste de toutes les choses qui ont été essayées face aux inquiétudes même si ça n'a que peu ou pas fonctionné. Suite à toutes ces idées, on peut conclure que le participant a fourni déjà beaucoup d'efforts, cependant il ne semble pas avoir obtenu assez de résultats (sinon il ne serait pas ici!). L'absence de résultats satisfaisants peut être due soit au fait d'utiliser des stratégies inefficaces, soit au fait d'utiliser des stratégies efficaces, mais pas aux "bons" moments, ou soit au fait d'utiliser des stratégies efficaces tout en ayant des difficultés à bien les appliquer.

CONTENU DES RENCONTRES 3 ET 4 POUR L'INTOLÉRANCE À L'INCERTITUDE

Pour le contenu à présenter, s'assurer de bien présenter le contenu du manuel du participant.

Le thérapeute peut présenter en une seule rencontre toute la matière sur l'intolérance à l'incertitude ou il peut décider de diviser la matière en 2 rencontres. Peu importe ce qu'il décidera de faire, 2 rencontres sont prévues pour l'intolérance à l'incertitude.

En résumé, voici les points abordés (*consultez le manuel du participant pour plus d'informations*):

- La différence entre une personne tolérante et une personne intolérante.
- Présentation du modèle TAG II qui inclut l'intolérance à l'incertitude.
- Le rôle de l'intolérance dans le développement et le maintien des inquiétudes :
Cette intolérance l'amène à réagir plus fortement aux questions « Si... » parce qu'il ne tolère pas la moindre probabilité, même infime, d'événement négatif. Ce faisant, il est porté à imaginer diverses conséquences possibles et à s'inquiéter davantage que les personnes tolérantes à l'incertitude.
- L'incertitude comme faisant indéniablement partie de la vie
- Les « pour et contre » des deux possibilités
 - Chercher des certitudes
 - Tolérer l'incertitude
 Amener le participant à voir que ce que l'on désire augmenter dans la thérapie n'est pas le niveau de certitude face aux événements, mais bien la tolérance à l'incertitude puisque l'incertitude est une chose normale dans la vie.
- Comment faire pour changer cette mauvaise habitude ?
 - Les consignes à ne pas oublier quand on change un comportement
 - L'anxiété est normale
 - Pratique et exposition hiérarchisée
 - La motivation passe par l'action

DEVOIRS POUR LA PREMIERE RENCONTRE (rencontre 3) :

1. À partir de la liste des manifestations de l'intolérance à l'incertitude, le participant indique celles qui sont présentes dans sa vie (peu importe la fréquence) et ajoute quelques exemples personnels qui ne sont pas déjà sur la liste (voir feuille d'exercice).
2. Toujours à partir de la liste des manifestations de l'intolérance à l'incertitude, le participant doit cibler un comportement de réassurance qu'il devra cesser ou prendre une action qu'il ne prendrait pas habituellement (selon ce qui est le plus pertinent pour le participant). Le client peut hiérarchiser ses comportements (du plus facile au plus difficile à cesser) et choisir quel comportement il va cibler à

partir de cette semaine. Le participant commence avec quelque chose de légèrement difficile, mais réalisable. L'important est de cibler un comportement qui s'avère le « juste » niveau de défi pour le participant et de stimuler sa confiance.

Note. Il est important que le thérapeute cible les comportements qui diminuent le degré d'incertitude.

Si le thérapeute trouve que cet exercice est de trop pour le client, il peut décider d'attendre à la deuxième rencontre pour lui donner l'exercice.

3. Le participant doit lire les pages associées à l'intolérance à l'incertitude.
4. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Rencontre 4

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

Retour sur le modèle II du TAG qui a été présenté lors de la première rencontre. L'importance du fond d'intolérance à l'incertitude et l'aspect incontournable de l'incertitude. La différence entre comprendre et changer, l'importance de passer par l'action pour changer cette attitude. Passer à l'action n'est pas facile, mais la connaissance des 3 points suivants peut aider grandement:

- 1) Le malaise vécu lorsqu'on fait un comportement pour la première fois n'est pas un signe que le comportement est mal choisi ou qu'on ne devrait pas le refaire, au contraire.
- 2) Pour "passer à l'action" de façon réaliste, il est important d'ordonner le degré de difficulté des actions qu'on se propose selon une hiérarchie croissante.
- 3) Malgré ce qu'on pourrait croire, la plus grande motivation ne précède pas l'action, mais la suit.

RETOUR SUR LES DEVOIRS et discussion des résultats obtenus, conclusions tirées, obstacles rencontrés, etc.

Premièrement, le participant est invité à nommer ses exemples personnels d'intolérance à l'incertitude, à donner des exemples et à élaborer sur ceux-ci.

Deuxièmement, le participant rapporte l'action qu'il a faite durant la semaine. Le thérapeute le questionne quant au niveau de l'inconfort ressenti et des pensées que cela a fait surgir. Le thérapeute amène le participant à reconnaître les points suivants:

- *Faire une action qu'on évitait* (ou sinon *éviter de faire quelque chose visant à se faire rassurer*, donc visant à augmenter la certitude) auparavant est souvent moins difficile qu'on se l'imaginait.
- Le résultat de l'action en tant que telle peut être plus ou moins important, dépendamment des actions. Parfois, on retire de réels avantages d'avoir foncé au lieu d'éviter par intolérance à l'incertitude. Pour d'autres actions d'importance plus mineure, le résultat n'a pas un grand impact, mais ce qui est toujours présent et important c'est le résultat à un autre niveau, celui d'avoir fait une étape dans un processus de changement.
- Depuis qu'une première action a été faite, est-ce que la motivation à continuer ce processus est différente de la motivation d'avant? Dans quel sens va cette différence?

CONTENU DE LA RENCONTRE

Le thérapeute peut voir le contenu de la rencontre précédente (rencontre 3) pour vérifier s'il y a du contenu qui n'a pas été abordé avec le client

ACTIVITÉS D'INTÉGRATION ET D'APPLICATION

Lors de la deuxième rencontre (rencontre 4) :

A l'aide de la liste de manifestations de l'intolérance remplie par le participant, vous pouvez :

- Demander au participant de trouver des exemples de comportement ou de cognition qui feraient preuve de tolérance à l'incertitude.

S'inspirer d'une personne faisant preuve de tolérance à l'incertitude peut être utile pour aider à stimuler la génération d'idées, de comportements et de pensées faisant preuve de tolérance.

- Il faut trouver un bon modèle de comparaison vicariante : attention à ce qu'ils ne choisissent pas une personne désorganisée, frondeuse ou totalement insouciant.
- Que ferait cette personne ou qu'est-ce qu'elle se dirait dans diverses situations de tolérance ou que ne ferait-elle pas (ex : elle ne ferait pas de comportements de réassurance)?

DEVOIRS POUR LA DEUXIEME RENCONTRE (rencontre 4):

1. Comme la semaine dernière, à partir de la liste des manifestations de l'intolérance à l'incertitude, le participant doit cibler un autre comportement de réassurance qu'il devra également cesser.
2. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 5

CROYANCES FACE AUX INQUIETUDES

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU DE LA RENCONTRE

Les croyances face aux inquiétudes (voir le manuel du participant pour plus d'informations) :

- a) Les croyances concernant la **résolution de problèmes**
- b) Les croyances concernant la **motivation**
- c) Les croyances concernant les **conséquences émotionnelles**
- d) Les croyances concernant le **pouvoir des pensées**
- e) Les croyances concernant l'idée de la **personnalité**
- f) Les croyances concernant **l'influence sur les autres**

Vérifier les croyances que le participant entretient face à ses inquiétudes.

Il est important de dire au participant qu'il peut avoir des croyances qui lui sont propres. Chaque personne peut avoir développé ses propres idées sur l'importance de s'inquiéter ou l'utilité de s'inquiéter.

S'assurer que le participant comprenne bien l'importance de modifier ces croyances.

Le thérapeute doit rester à l'affût tout au long de la thérapie des croyances qui pourraient se présenter et les relever au participant et pas seulement dans cette rencontre ciblant les croyances.

Les croyances peuvent être un obstacle artificiel au fait de passer à l'action et sont un facteur de maintien des inquiétudes. Pour arriver à diminuer les inquiétudes, il est utile de remettre en question le bien-fondé des croyances, donc les "preuves" qui permettent d'affirmer que telle croyance est vraie ou ne l'est pas. N'oubliez pas, tant que l'on croit que l'inquiétude nous aide, même si on y croit qu'à 10%, cela laisse la place à l'inquiétude.

Présentation du modèle III du TAG (on ajoute le rôle des cognitions ou croyances, la résolution de problèmes et l'évitement lié aux inquiétudes sur les problèmes éventuels).

Note. Pour l'instant, le thérapeute peut uniquement montrer ce qui à trait aux croyances (cognitions).

ACTIVITÉ D'INTÉGRATION ET D'APPLICATION

Partir des croyances présentées, le thérapeute tente de remettre en question une première croyance avec le participant (prendre une des croyances les plus fortement ancrées). Le thérapeute présente les questions suivantes, une à la fois, en laissant le temps au participant de réfléchir et de répondre par écrit sur la feuille 'Remise en question d'une croyance' prévue à cet effet (voir le manuel du participant).

Note. S'il a le temps, le thérapeute peut cibler une deuxième croyance et la remettre en question pendant la rencontre.

En examinant quelques exemples des arguments et contre-arguments, ainsi que des avantages et désavantages trouvés par le participant, le thérapeute fait remarquer que les croyances sont largement non-fondées, et qu'elles entraînent beaucoup de désavantages et seulement des faux avantages! Ces croyances sont donc un obstacle artificiel au fait de passer à l'action et de s'exposer à l'incertitude. En effet, certaines croyances sont entretenues depuis très longtemps, à raison ou à tort, sans qu'on prenne le temps de vérifier leur bien fondé et à quel point elles sont utiles dans notre vie.

Note. Il est souvent très difficile de défaire complètement une croyance chez un client qui l'entretient depuis longtemps. Le but est de semer un doute quant à l'utilité des inquiétudes, même si la croyance n'est pas complètement ébranlée.

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude.
2. Le participant doit prendre la liste (voir dans son manuel) des types de croyances face aux inquiétudes et inscrire sur la feuille d'exercice des exemples personnels pour les différents types de croyances identifiés.
3. Le participant doit aussi choisir une croyance et la remettre en question en tentant de trouver des preuves qu'elle est vraie *et* des preuves qu'elle n'est pas vraie (voir feuille d'exercice intitulée 'Remise en question d'une croyance' dans le manuel du participant).

Note. Cet exercice aura déjà été effectué pendant la rencontre avec le client, alors celui-ci peut choisir de refaire l'exercice avec un autre type de croyance.

4. Le participant doit lire les pages associées aux fausses croyances.
5. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Devoir facultatif. Si après avoir fait l'exercice de remise en question des croyances, le participant croit encore très fortement au pouvoir des pensées (plus précisément ceux qui utilisent la pensée magique), et que cette croyance est fortement ancrée en lui, alors le thérapeute peut donner l'exercice suivant :

Croyances concernant le pouvoir des pensées

La pensée magique :

Si le participant croit que le fait de s'inquiéter ou penser, visualiser certains thèmes augmentent les chances de les provoquer, il est souvent utile de proposer des tests comportementaux pour critiquer la croyance. C'est d'autant plus important car s'ils ne remettent pas cette croyance en question, ils ne voudront pas appliquer les outils d'exposition cognitive. Par exemple, le participant peut faire une visualisation de la situation suivante : ils visualisent leur conjoint ou conjointe, ou parent en train de se frapper le gros orteil sur la table. Ils doivent visualiser ce scénario tous les soirs. Si leurs pensées ont un si grand pouvoir, l'événement devrait de produire. L'idée de se visualiser gagnant du prochain tirage de 6/49 peut être proposé. Le simple fait de proposer les exercices peut parfois aider à dissuader le participant de sa croyance. Pour d'autres, faire le test de visualisation pendant une semaine pourrait être nécessaire.

RENCONTRES 6 et 7

LE TRAITEMENT DES INQUIÉTUDES DE TYPE 1

L'ORIENTATION NÉGATIVE FACE AUX PROBLÈMES ET LA RÉOLUTION DE PROBLÈMES

Nombre de rencontres suggéré : 2

La première rencontre comportera davantage d'éléments de psychoéducation sur l'orientation au problème et sur la résolution de problèmes. La rencontre suivante mettra plus sur la consolidation et sur le travail concret d'application à partir des devoirs et de l'expérience du participant.

Rencontre 6

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU

Le thérapeute doit s'assurer de présenter, au cours des 2 rencontres, tout le contenu inclus dans le manuel du participant et de respecter ce qui est écrit.

Note. Le thérapeute est libre de choisir comment diviser le contenu à présenter pendant les 2 rencontres.

Expliquer l'attitude inefficace face aux problèmes (i.e. orientation face aux problèmes) (ne pas reconnaître qu'on a un problème, trouver qu'il est anormal d'avoir un problème et considérer un problème comme une menace plutôt qu'un défi) ainsi que le lien avec les inquiétudes sur des problèmes réels.

Comment changer son attitude face aux problèmes pour être plus efficace? (*voir le manuel du participant*)

Expliquer le processus de résolution de problèmes.

- ◇ Expliquer au participant qu'il a les mêmes habiletés que les autres personnes : la différence concerne l'orientation face aux problèmes.
- ◇ Expliquer les cinq étapes de la résolution de problèmes en s'aidant d'un exemple.

- 1) orientation/attitude face au problème
- 2) définition et formulation du problème
- 3) générer des solutions

- 4) choix et application d'une solution
- 5) évaluation du résultat suite à l'application de la solution

Enfin, il faut faire prendre conscience au participant le lien de ce nouveau concept avec l'intolérance à l'incertitude. L'intolérance à l'incertitude peut aussi mener à une orientation inefficace face à un problème existant, c'est-à-dire que la personne ayant de la difficulté à tolérer et à composer avec les aspects incertains n'ira pas de l'avant pour régler son problème mais sera plutôt figée. On demande alors au participant quel lien il voit entre l'orientation inefficace aux problèmes et l'incertitude.

Présentation du modèle III du TAG (présenter les éléments liés aux inquiétudes sur les problèmes éventuels : *résolution de problèmes et évitement*).

ACTIVITÉ D'INTÉGRATION ET D'APPLICATION

On ne peut pas éviter les problèmes, cela fait partie de la vie, comme on ne peut pas éviter l'incertitude. La reconnaissance, l'acceptation et une vision plus nuancée des problèmes sont donc très importantes pour diminuer les inquiétudes.

Discuter de l'attitude que le participant a face aux problèmes et faire des exercices où il a à trouver le défi dans une situation donnée.

Faire élaborer le participant sur sa façon de réagir aux problèmes réels. Entamer avec le participant la réflexion sur la liste personnalisée des problèmes actuels.

Le thérapeute doit entreprendre avec le participant la résolution d'un problème en passant à travers toutes les étapes.

DEVOIRS POUR LA PREMIERE RENCONTRE (rencontre 6) :

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude.
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes.
3. Le participant doit dresser une liste personnalisée des problèmes qui sont présents ou qui reviennent parfois ou souvent dans sa vie (voir feuille d'exercice prévue à cet effet).

Note. Si le client a de la difficulté à rédiger sa liste, il peut être plus facile pour lui d'essayer de réfléchir à chaque soir aux problèmes auxquels il a fait face pendant la journée et à les écrire sur sa liste avant de se coucher. S'il n'a pas de difficulté à ce niveau, alors on peut lui demander de remplir sa liste à un seul moment. Dans sa liste, le client peut noter des problèmes antérieurs qui ont tendance à revenir même s'ils ne sont pas présents actuellement.

4. Dès que le participant perçoit un problème réel (type 1), il doit tenter de transformer sa perception de menace en défi et d'appliquer le processus complet de résolution de problèmes (voir feuille d'exercice prévue à cet effet).

Attention! Ne vous attaquez pas à de "trop gros" problèmes dès maintenant, commencez plutôt avec un problème de plus petite taille! Rappelez-vous, allez-y graduellement.

Note. Il est conseillé de faire de la résolution de problèmes pour des problèmes qui sont présents actuellement et pour lesquels on peut agir. Pendant le cours de la thérapie, le participant devrait arriver à résoudre au moins un de ses problèmes plus difficiles.

5. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Rencontre 7

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS liés à la résolution de problèmes

Liste des problèmes : Quelles conclusions tirent-ils de leur liste de problèmes? On souligne la normalité et la grande probabilité de certains problèmes, et le fait que ce n'est pas vrai juste pour soi ! Tout le monde fait face à cette probabilité. Quand on se retrouve dans une situation quelconque, c'est normal d'avoir tels types de problèmes.

Résolution d'un problème : Quels sont les résultats de la résolution de problèmes? Est-ce que le fait de percevoir le problème de façon plus nuancée (plus en défi) l'a aidé à passer aux autres étapes ? Habituellement, cette perception augmente la motivation initiale pour essayer de résoudre le problème. Quel est l'impact de la résolution de problèmes sur les inquiétudes ?

Conclusion sur les tâches : Il est très important de reconnaître les problèmes rapidement, les voir comme étant normaux et trouver le défi à relever dans chacun d'eux. Mais, un autre but est tout aussi important : il faut favoriser le passage à l'action! Ainsi, développer une orientation efficace aux problèmes sert à faciliter et à accélérer le processus de la résolution de problèmes.

CONTENU DE LA RENCONTRE

Le thérapeute peut voir le contenu de la rencontre précédente (rencontre 6) pour vérifier s'il y a du contenu qui n'a pas été abordé avec le client

DEVOIRS POUR LA DEUXIEME RENCONTRE (rencontre 7):

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude.
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes.
3. Dès que le participant perçoit un problème réel (type 1), il doit tenter de transformer sa perception de menace en défi et d'appliquer le processus complet de résolution de problèmes (voir feuille d'exercice prévue à cet effet).

Note. Cet exercice devra être poursuivi tout au long de la thérapie. Le client doit continuer d'appliquer ce principe dans sa vie de tous les jours.

4. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRES 8, 9 et 10

LE TRAITEMENT DES INQUIÉTUDES DE TYPE 2

L'EXPOSITION COGNITIVE

Nombre de rencontres suggéré : 3

Il se peut que le thérapeute ait à revenir sur les croyances de pensées magiques lors de l'exposition cognitive si le client y adhère fortement. Dans ces cas, l'exposition fait peur car le participant croit que l'exposition provoquera la venue de l'événement. Si c'est le cas, il faut revenir en arrière et faire la critique de cette fausse croyance. Voir la section des croyances face aux inquiétudes.

Rencontre 8

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU DE LA PREMIÈRE RENCONTRE (rencontre 8)

Rappel des stratégies fréquentes d'évitement cognitif :

- (1) essayer de ne pas y penser en essayant de faire le vide dans sa tête
- (2) essayer de penser à quelque chose de plus plaisant
- (3) faire une activité physique pour se distraire
- (4) éviter des endroits ou des situations qui font penser à l'inquiétude

Le thérapeute doit absolument parler de l'effet court terme de l'évitement cognitif

Pour introduire le concept de l'évitement, le thérapeute fait d'abord un parallèle avec la peur d'un objet plus concret, un chien par exemple. Il décrit un exemple de phobie des chiens avec plusieurs manifestations de peur. Comment le participant aiderait l'individu à se défaire de cette peur excessive des chiens ?

Suite aux réponses du participant, on aborde la notion d'anxiété en faisant le lien avec la peur. On présente comment l'anxiété varie selon que l'on évite, qu'on neutralise ou qu'on s'expose. Ici, le thérapeute montre au client le graphique avec la courbe d'exposition et la courbe d'évitement de l'anxiété (montrer la figure des courbes d'habituation en annexe du protocole).

Il peut donner les explications suivantes :

Lorsqu'on évite ou neutralise, on s'empêche d'apprendre que l'anxiété finira par diminuer toute seule, sans qu'on ait à intervenir. Par contre, si on tolère le malaise que l'exposition fait vivre au début, on apprend que l'anxiété diminue éventuellement toute seule. Il est donc possible de se défaire de la phobie des chiens en s'exposant aux chiens et il en est de même pour les inquiétudes de type 2. En effet, pour diminuer la peur des éventualités, il faut s'y exposer. Le participant est invité à réagir à l'idée de s'exposer à ses inquiétudes de type 2.

Rassurer le participant du fait qu'il avait une réaction normale mais inefficace devant les inquiétudes dérangeantes.

Un résumé qui explique pourquoi l'évitement cognitif est néfaste

L'évitement ou la neutralisation des pensées déplaisantes n'est pas en soit quelque chose d'anormal. L'humain a toujours tendance à choisir la solution qui diminue son malaise le plus rapidement possible. C'est un réflexe de protection qui lui sert quotidiennement. Cependant, il faut maintenant savoir que la meilleure stratégie pour diminuer une inquiétude consiste à faire l'inverse de l'évitement, c'est-à-dire, y faire face et s'exposer. Le principe d'exposition est très simple, plutôt que d'essayer de ne pas penser à l'éventualité appréhendée, il s'agit d'y penser à répétition en respectant quelques règles de base. Cette technique se nomme l'exposition cognitive. En fait, l'évitement et la réassurance ne permettent pas de diminuer efficacement l'anxiété et les inquiétudes puisque cela empêche la personne de s'habituer à son anxiété et à ce qui l'inquiète. En utilisant l'exposition, la personne arrive à s'habituer à l'anxiété provoquée par son inquiétude, ce qui entraîne automatiquement une diminution de la fréquence d'apparition de cette même inquiétude.

Même si cette méthode peut paraître contradictoire (penser plus à son inquiétude pour y penser moins) et ambiguë, elle est très simple et se révèle comme étant la plus efficace dans le traitement de l'anxiété.

En chassant constamment vos pensées dérangeantes, vous empêchez votre corps et votre esprit de s'habituer à l'anxiété qu'elles provoquent. En y pensant suffisamment longtemps (exposition), l'anxiété atteint plutôt un niveau maximum auquel la personne finit par s'habituer. À force de répéter l'exposition, l'inquiétude finit par disparaître d'elle-même.

Faire le lien entre les inquiétudes sur les problèmes éventuels et l'évitement (présenter les composantes d'évitement et de neutralisation dans le tableau « **Modèle TAG III** »).

Le but n'est pas d'être heureux devant les possibilités de la vie qui sont négatives et qui nous inquiètent habituellement. Le but est d'apprendre à confronter par la visualisation ces éventualités négatives de la vie. En apprenant à les visualiser, vous pourrez aussi graduellement diminuer l'anxiété que ce genre d'inquiétudes peut provoquer.

Les buts de l'exposition sont multiples :

1. Aller jusqu'au bout de la peur et la visualiser pour la première fois.
2. Mettre une structure à cette tempête d'idées.
3. Visualiser une histoire qui a un début et une fin.
4. Prendre conscience que les pensées sont déplaisantes mais pas dangereuses.
5. S'habituer à l'anxiété qui en découle et l'observer diminuer.

Comment fait-on un scénario d'exposition cognitive ?

- Présenter les étapes de la procédure de base comme c'est présenté dans le manuel du participant.

Pourquoi choisir la pire inquiétude?

- Vous pouvez répondre ceci : Vous devez déterminer le scénario d'inquiétude qui nuit le plus à votre qualité de vie. Vous devriez donc choisir l'inquiétude qui interfère le plus avec vos activités actuellement. Notre expérience nous dit qu'il est souhaitable de commencer avec la pire.
- *Note. Il est fortement conseillé de commencer avec la pire inquiétude à moins de problèmes éthiques.*

Consigne que l'on peut donner pour l'écriture et l'amélioration du texte :

Une fois vos idées de base écrites, vous devez écrire un texte suivi qui assemble le tout. Imaginez que vous êtes un scénariste de film et que vous devez présenter un résumé au producteur. Vous devez faire en sorte que le texte l'aide à bien visualiser l'ambiance, le contexte. Vous pouvez écrire le texte en ajoutant des petits détails qui stimulent bien l'imagination. Vous pouvez par exemple citer des paroles, nommer des couleurs, décrire des sensations, des odeurs, des bruits, etc. Le thérapeute va vous aider à identifier le mieux possible les éléments qui améliorent votre scénario. Vous devrez aussi voir avec lui à ce que le texte ne soit pas trop court ou trop long. Un texte trop court peut faire en sorte qu'il manquerait des éléments qui contribuent à la peur. Un texte trop long peut faire en sorte que les éléments importants soient obscurcis par des détails moins importants.

Il est important de s'assurer que le participant intègre bien le rationnel de l'exposition cognitive avant de lui donner des informations sur les aspects plus pratique de l'exposition cognitive.

Présenter les caractéristiques d'un bon scénario :

- Présenter les caractéristiques d'un bon scénario d'exposition comme c'est présenté dans le manuel du participant.

Le déroulement d'une séance d'exposition

- Expliquer au participant la procédure d'exposition qui sera faite la semaine suivante : exposition au scénario ayant été enregistré sur cassette du problème qui le dérange le plus.

- Pour les participants ayant plus de difficulté à s'immerger dans le scénario s'il est entendu, on peut favoriser la lecture en boucle du scénario ou la copie en boucle, selon ce qui lui permet d'être le mieux en contact avec ses émotions.

DEVOIRS POUR LA PREMIERE RENCONTRE (rencontre 8):

Note. Lors de l'exposition cognitive, le thérapeute doit évaluer la motivation ou les réticences du participant à s'engager dans l'exposition cognitive pour déterminer les devoirs qui seront proposés.

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant aura comme tâche de travailler son scénario et d'en finir la rédaction dans le but de l'enregistrer à la prochaine rencontre (voir feuille Scénario pour l'exposition dans le manuel du participant).
5. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Pour la prochaine rencontre, le thérapeute devra prévoir une séance d'exposition de 90 minutes dans le bureau avec le participant *avant de lui demander de s'exposer 45 minutes par soir pendant une semaine (6 jours/semaine)*.

Le client doit comprendre que le premier exercice d'exposition doit être fait avec le thérapeute.

Rencontre 9

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU DE LA DEUXIÈME RENCONTRE (rencontre 9)

Prévoir 90 minutes

Relire le scénario avec le client et le modifier s'il y a lieu

- Aider le participant à améliorer son texte
- Correction du scénario pour s'assurer qu'il n'implique pas de neutralisation ou d'évitement.

Enregistrement du scénario

- Le participant lit son texte à voix haute afin de l'enregistrer sur une cassette sans fin.

Faire une première séance d'exposition avec le thérapeute :

- ◇ Présenter cette séance comme une pratique et non comme un examen.
- ◇ Demander au participant de remarquer les fluctuations de son anxiété avant, pendant et à la fin de l'exposition.
- ◇ Revenir sur les stratégies de neutralisation : avertir le participant qu'il se peut qu'il découvre des stratégies de neutralisation pendant l'exposition et qu'il est important qu'il neutralise le moins possible.
- ◇ La première pratique durera 10 minutes. Prendre ensuite quelques minutes afin de vérifier le bon déroulement de l'exposition.
- ◇ Si le participant a plus de facilité à entrer dans le scénario lorsqu'il en fait la lecture ou s'il recopie son texte, utiliser ces moyens plutôt que la cassette.
- ◇ La seconde pratique durera 45 minutes : le thérapeute indiquera quand l'exposition sera terminée.
- ◇ Indications à donner au participant:
 - « Fermez vos yeux et écoutez la cassette (ou lisez ou recopiez) en vous plaçant le plus possible dans la situation décrite sur la cassette (ou dans votre scénario), sans neutraliser. Laissez monter l'anxiété. Observez l'anxiété augmenter puis atteindre un plateau avant de diminuer lentement. Si vous neutralisez ou perdez votre concentration, revenez à l'image et replacez-vous dans la situation. »
- ◇ Suite à l'exposition, le participant remplit la fiche d'écoute (anxiété avant, pendant et à la fin ainsi que les stratégies de neutralisation s'il y a lieu).

Problèmes lors de l'exposition et solutions

- Présenter les problèmes fréquemment observés pendant l'exposition sur les différents niveaux :
 - Problème technique, de scénario, de neutralisation pendant l'écoute ou de cible.

Note. Voir le manuel du participant à la rencontre 9 pour plus d'informations.

DEVOIRS POUR LA DEUXIEME RENCONTRE (rencontre 9) :

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant va commencer à son domicile **l'exposition cognitive au scénario**, une fois par jour, pendant un minimum de 6 jours sur 7. Pour retirer un maximum de bienfaits de vos séances d'exposition, n'oubliez pas de suivre les consignes suivantes:
 - Choisir un moment par jour où vous n'êtes pas pressé et isolez-vous dans un endroit calme où vous ne serez pas dérangé(e).
 - La durée de l'écoute (lecture ou copie) doit se situer entre 30 et 60 minutes, jusqu'à ce que la courbe d'habituation soit observée, c'est-à-dire que l'anxiété soit redescendue au moins aussi bas qu'elle était avant de commencer.
 - Si ça ne fonctionne pas (par exemple si l'anxiété ne monte pas), faire quand même l'exposition pendant un minimum de 20 minutes.
 - **AVANT et APRÈS chaque séance d'écoute**, n'oubliez pas de remplir une fiche d'observation.
5. Le participant devra faire la lecture des pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Rencontre 10

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER SI LE PARTICIPANT A DES QUESTIONS.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

Retour sur le devoir d'exposition au scénario :

- ◇ Vérifier s'il y a eu des problèmes et demander au participant s'il a une explication.
- ◇ Types de problèmes :
 - Problème technique : refaire l'enregistrement, choisir un endroit moins bruyant.

- Problème avec le scénario : ajouter des éléments importants qui ont été omis, ajouter des détails, des images, enlever des éléments neutralisants, s'assurer que la lecture est faite assez lentement et avec expression, etc.
 - Problème de neutralisation pendant l'écoute : identifier les éléments et normaliser le fait d'y recourir. Vérifier les croyances face à une « trop » haute anxiété.
 - Problème de cible : revoir la pertinence de l'inquiétude, refaire un choix.
- ◇ Demander quels sont les résultats perçus suite à l'exposition : perception de l'exposition et de l'anxiété, fréquence et intensité de l'inquiétude cible

CONTENU DE LA TROISIÈME RENCONTRE (rencontre 10)

Le client peut élaborer un autre scénario si celui-ci ne provoque plus d'anxiété.

DEVOIRS POUR LA TROISIÈME RENCONTRE (rencontre 10):

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Continuer l'exposition 6 jours sur 7 et les auto-observations.
5. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

L'exposition pour un scénario pourra se faire sur une période allant de 1 rencontre à 3 rencontres selon les besoins. Un nouveau scénario peut aussi être créé si le premier ne provoque plus d'anxiété pendant l'exposition.

RENCONTRE 11

RESUME SUITE A LA PRESENTATION DE TOUTES LES COMPOSANTES PRINCIPALES

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

CONTENU DE LA RENCONTRE

Afin d'aider le participant à devenir "son propre thérapeute", il doit maîtriser sa connaissance des différentes composantes du traitement, des liens entre celles-ci et de comment les appliquer dans son quotidien. Cette rencontre se veut un résumé et veut refaire des liens entre les composantes.

Pour cette section, s'assurer que tout le contenu du manuel du participant est bien abordé.

1. La prise de conscience

- -On doit être en mesure de reconnaître nos inquiétudes excessives pour les diminuer.
- -Il est important de distinguer l'inquiétude des autres phénomènes cognitifs (ex : s'inquiéter vs planifier) ou émotifs (ex : anxiété, colère).
- -Une fois que l'on a reconnu qu'il s'agit d'inquiétudes, on identifie de quel type d'inquiétude il s'agit.

2. Si **l'inquiétude concerne un problème réel**, c'est-à-dire qu'elle concerne un problème actuel, on peut utiliser les 2 composantes suivantes pour diminuer l'inquiétude:

- Réévaluer vos croyances face à cette inquiétude
- Corriger l'attitude inefficace face aux problèmes
- Passer plus rapidement à la résolution de problèmes.

3. Si **l'inquiétude concerne un problème éventuel**,

- Réévaluer nos croyances face à cette inquiétude
- S'exposer en imagination aux éventualités qui font peur

Les deux types d'inquiétude ne se coupent pas au couteau.

On remarque que certaines inquiétudes sont assez difficiles à classer. Le but de la catégorisation 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 risque à "mal" catégoriser une inquiétude. Il n'y a donc pas de situation où l'une ou l'autre de ces stratégies sont contre-productives ou nuisibles. L'important est de poursuivre l'analyse de l'inquiétude tant qu'elle demeure excessive.

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant doit poursuivre l'exposition cognitive au scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.
5. Le participant doit se fixer des objectifs personnels pour les prochaines semaines (voir feuille prévue à cet effet dans le manuel du participant). Il doit indiquer quelles inquiétudes (personnelles) restent à travailler et les mettre en ordre d'importance. Il doit aussi indiquer comment intervenir sur la première inquiétude (la plus importante) de cette liste.
6. Le participant doit lire les pages associées à la rencontre d'aujourd'hui.
7. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 12**CONSOLIDATION DES ACQUIS****VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION****RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.****RETOUR SUR LES DEVOIRS**

Retour sur les devoirs d'exposition cognitive

Retour sur les devoirs des objectifs personnels. Le thérapeute révise avec le participant la liste des objectifs personnels qu'il s'est fixé d'ici la fin de la thérapie. Les objectifs pourraient toucher les points suivants :

- Créer un nouveau scénario pour une inquiétude de type 2 qui interfère encore avec le fonctionnement, si pertinent.
- Entreprendre la résolution d'un problème qui provoque encore de l'inquiétude.
- Se prouver que l'inquiétude excessive n'est pas utile.
- Transformer un comportement qui fait preuve d'intolérance à l'incertitude.

CONTENU DE LA RENCONTRE

Le thérapeute s'assure que tout le contenu abordé dans le manuel du participant a été bien présenté.

Aucun nouveau contenu n'est présenté.

Cette rencontre **NE DOIT PAS INCLURE** :

De nouvelles stratégies (affirmation, relaxation, etc.)

De nouvelles informations (sur l'anxiété, le TPA, etc.)

Cette rencontre **PEUT INCLURE** :

Un résumé des stratégies et informations vues précédemment

Le thérapeute peut aussi réviser les stratégies que se propose d'utiliser le participant pour atteindre ses objectifs.

Intégration → retour sur les aspects problématiques

Le thérapeute est un guide mais le but de ces rencontres est la gestion autonome des objectifs par le participant lui-même.

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant doit poursuivre l'exposition à son scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.
5. Le participant doit mettre en application les stratégies pour atteindre un objectif personnel de sa liste.
6. Le participant doit lire sur la prévention de la rechute
7. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

RENCONTRE 13

PRÉVENTION DE LA RECHUTE

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

Le thérapeute révise avec le participant les stratégies qui ont été utilisées pour atteindre un de ses objectifs personnels.

CONTENU DE LA RENCONTRE (se référer au manuel du participant pour plus d'informations sur la prévention de la rechute).

Il faut rappeler que si les objectifs ne sont pas pleinement atteints et que l'individu a encore à la fin de la thérapie une ou des inquiétudes considérées excessives, il faut continuer à appliquer les stratégies appropriées.

Le fait de s'inquiéter du maintien des gains est une inquiétude au même titre que toutes les autres inquiétudes. On peut donc se servir des composantes-clés du modèle pour vérifier ce qui maintient cette inquiétude et la diminuer.

- C'est normal de s'en inquiéter un peu.
- Il faut agir si l'inquiétude est excessive.

Si c'est excessif, il faut porter attention aux points suivants pour son « inquiétude de la rechute » :

- Les croyances
- L'orientation face au problème
- L'évitement cognitif et la neutralisation
- L'intolérance à l'incertitude

Dernières applications en lien avec la prévention de la rechute

Les thérapeutes vérifient la présence d'inquiétudes concernant le maintien des gains chez le participant. Si ces inquiétudes sont en effet présentes, on précise si elles sont excessives, à quelle(s) composante(s) du modèle elles peuvent être attribuables et comment les diminuer.

Cet exemple suivant est ensuite présenté au participant :

- Deux individus 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!".

Faire la différence entre une chute et une rechute!

- Avoir un peu plus d'inquiétudes pendant quelques jours peut être vu comme un "problème", mais ce "problème" n'est pas dramatique.
- La réaction que les participants auront à la présence de ce problème a de fortes chances d'influencer la durée de cette période d'inquiétudes et l'anxiété ressentie.

Stress et inquiétude :

- Le participant est invité à identifier les facteurs qui font en sorte qu'il serait plus susceptible d'avoir des inquiétudes.
- Les "périodes difficiles" sont une occasion de mettre en pratique les connaissances acquises et utilisées durant votre démarche thérapeutique.

Devenir votre propre "thérapeute".

- Devenir votre propre thérapeute signifie entre autres de corriger lorsque nécessaire vos croyances erronées à propos du fait de s'inquiéter. Cela implique aussi d'appliquer des stratégies comme la résolution de problèmes ou l'exposition cognitive dès que vous avez une inquiétude que vous considérez excessive.
- Pour consolider les nouveaux apprentissages que vous avez faits, il est fortement suggéré d'être proactif en relisant le manuel du participant **une fois par mois**.

DEVOIRS

1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant doit poursuivre l'exposition à son scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.
5. Le participant doit mettre en application les stratégies pour atteindre un objectif personnel de sa liste.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.

Le thérapeute doit préparer un bilan de fin de thérapie.

RENCONTRE 14

BILAN

VÉRIFIER LES CARNETS D'AUTO-OBSERVATION

RETOUR ET RÉVISION DU CONTENU ABORDÉ LA SEMAINE PRÉCÉDENTE. VÉRIFIER LES QUESTIONS DU PARTICIPANT.

RETOUR SUR LES DEVOIRS

Le thérapeute révise avec le participant les stratégies qui ont été utilisées pour atteindre un de ses objectifs personnels.

CONTENU DE LA RENCONTRE

- ◆ **Suivi et fin du traitement :**
 - ◇ Retour sur la dernière semaine (difficultés rencontrées par le participant, questions, etc.).
- ◆ **Faire le bilan des progrès réalisés par le participant et félicitations.**
- ◆ Rappel de ne pas modifier la médication ou débiter une thérapie pendant les 3 prochains mois (à moins d'un problème d'ordre éthique : à discuter avec les chercheurs en cas de doute).
- ◆ Le participant doit fixer avec le thérapeute **3 objectifs à pratiquer au cours des 3 prochains mois** (le participant les mentionnera aussi à l'assistant de recherche lors de l'évaluation post-traitement et en vérifiera l'atteinte lors du suivi de 3 mois).

DEVOIRS

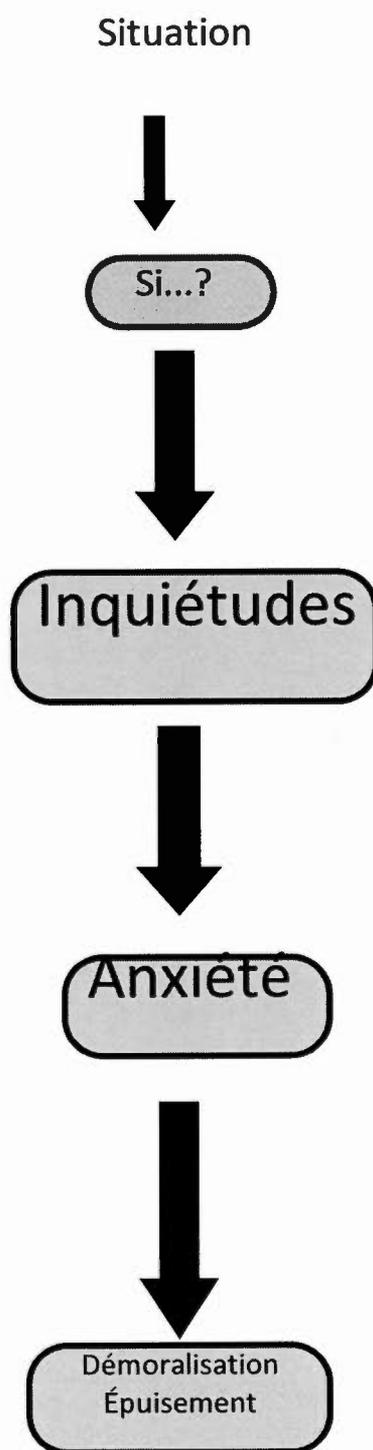
1. Le participant doit poursuivre les exercices sur l'intolérance à l'incertitude (si pertinent).
2. Le participant doit remettre en question une autre croyance face aux inquiétudes (si pertinent).
3. Le participant doit choisir un nouveau problème et appliquer le processus de résolution de problèmes (si pertinent).
4. Le participant doit poursuivre l'exposition à son scénario, à la fréquence qu'il choisira selon les résultats déjà obtenus.

5. Le participant devra mettre en application des stratégies pour atteindre les 3 objectifs personnels qu'il s'est fixé au cours des 3 prochains mois.
6. Le participant doit remplir les carnets d'auto-observation.
7. Le participant doit remplir les questionnaires qui seront à remettre lors de la rencontre d'évaluation post-test.

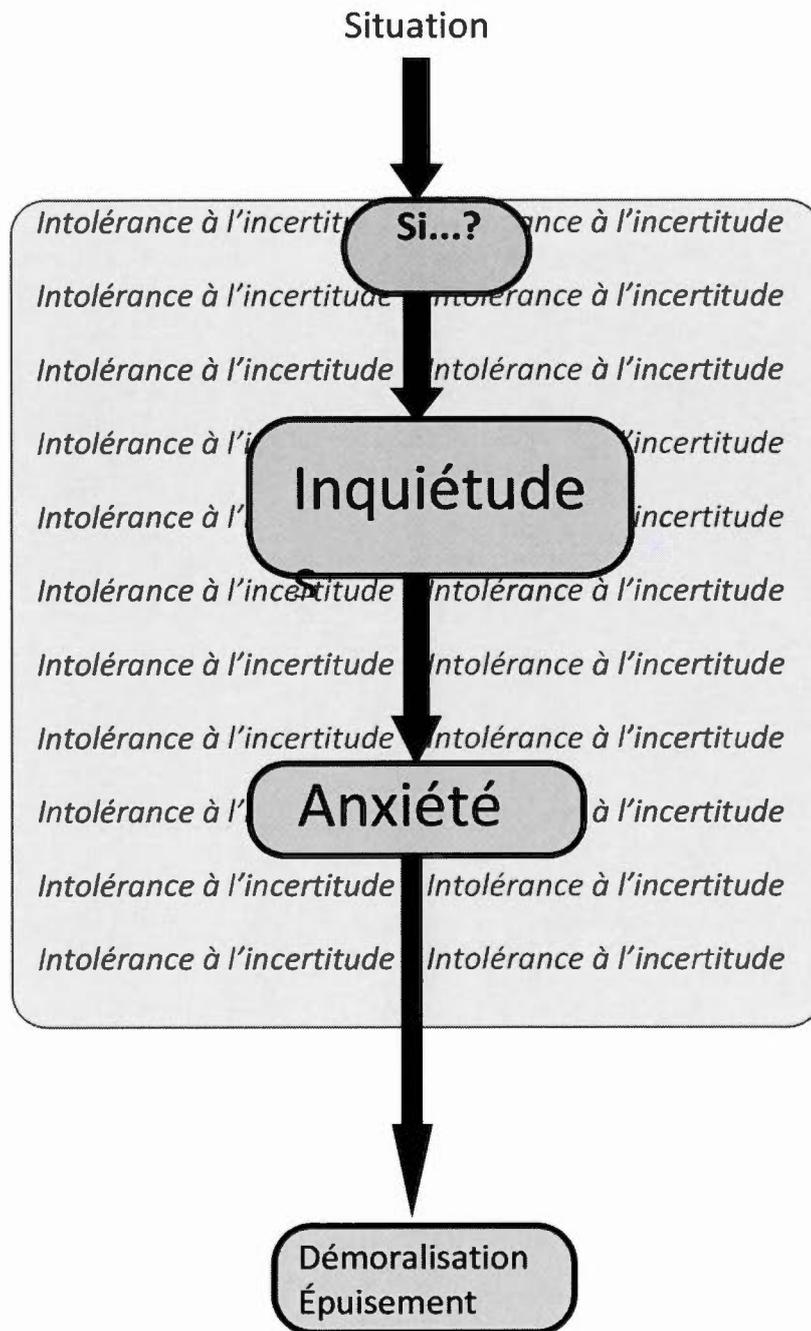
Prendre le rendez-vous pour la rencontre d'évaluation post-test.

ANNEXE

Modèle du trouble d'anxiété généralisée I



Modèle du trouble d'anxiété généralisée II



Manifestations d'Intolérance à l'Incertitude

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 ajouter vos exemples personnels dans chacune des catégories présentées.

OUI/NON

_____ 1) Éviter de faire certaines choses

Par exemple:

_____ -Éviter de s'investir dans une relation amicale ou amoureuse parce que le "résultat" est incertain

_____ -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.

Par exemple:

_____ -Trouver des défaites pour ne pas faire de démarches pour quitter le foyer familial.

_____ -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)

Par exemple:

_____ -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.

_____ -Remettre à plus tard la prise d'une décision parce qu'on n'est pas certain que ce soit la bonne décision.

_____ -Finir par ne rien faire parce qu'on n'est pas certain d'avoir bien choisi (p.ex.: choix de film ou de restaurant).

Exemple personnel: _____

_____ 4) Tout vouloir faire soi-même, ne pas déléguer les tâches à faire à d'autres personnes.

Par exemple:

_____ -Faire toutes les tâches à la maison parce qu'on n'est pas certain que ce sera bien fait

Exemple personnel: _____

_____ 5) S'engager partiellement ("à moitié") dans une relation, un travail, un projet

Exemple personnel: _____

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

Exemple personnel: _____

_____ 7) Rechercher plus d'informations avant d'aller de l'avant

Par exemple:

_____ -Lire beaucoup de documentation

_____ -Demander les mêmes informations à plusieurs personnes

_____ -Surplanifier une activité, un voyage, un travail...

_____ -Lire l'horoscope

_____ -Magasiner très longtemps avant de choisir un cadeau pour un proche

Exemple personnel: _____

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

Quel genre de décisions? _____

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

Auprès de qui? _____

Dans quel genre de situations? _____

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

Exemple personnel: _____

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

Quel genre de choses? _____

_____ 12) Surprotéger les autres, faire des choses à leur place

Comme qui? _____

Pour quel genre de choses? _____

Exercice ciblant la nouveauté et l'incertitude

Rappelons-nous qu'il est impossible d'être certain de tout et de tout contrôler les aspects de notre vie. Il vaut mieux apprendre à tolérer la nouveauté, les imprévus et l'incertitude. Le comportement ou l'action est le moyen privilégié pour modifier une attitude et sa façon de penser. C'est la même chose si on est intolérant à l'incertitude. Au début, le principe est d'agir comme si on était tolérant. Mais pour faire ce travail, n'oubliez pas de tenir compte des points suivants :

- (1) C'est normal de sentir un malaise lors des premières pratiques d'un nouveau comportement.
- (2) Les sensations d'anxiété sont déplaisantes, mais ne sont pas dangereuses.
- (3) Il est important d'ordonner le degré de difficulté des actions qu'on choisi, on commence avec quelque chose de petit, mais réalisable.
- (4) C'est à force de pratiquer que la motivation à changer augmente.

Lorsqu'on tolère mal l'incertitude, on a tendance à faire deux choses : (1) éviter les situations incertaines ou (2) chercher le plus de réassurance possible pour diminuer le doute. Le but de ce devoir est de faire le contraire, s'exposer à l'incertitude ou s'empêcher de se réassurer.

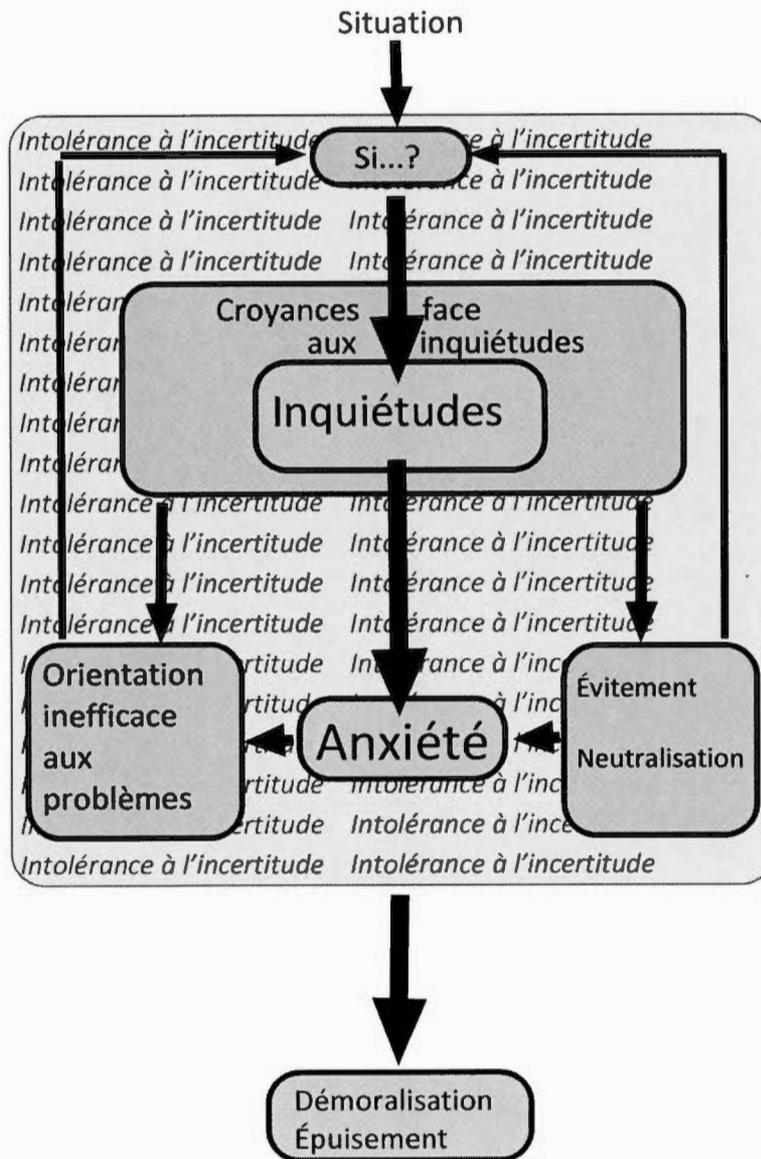
Comportement ciblé:

Moyens:

Résultats:

Observations:

Modèle du trouble d'anxiété généralisée III



EXEMPLES PERSONNELS POUR LES CROYANCES

Pour les différentes croyances que vous entretenez, vous devez maintenant inscrire des exemples personnels associés à celles-ci.

Inscrivez le type de croyance et un exemple personnel :

Croyance

Exemple personnel

Remise en question d'une croyance

Cet exercice vise à remettre en question une croyance que vous avez concernant vos inquiétudes. Identifiez d'abord une croyance et répondez ensuite aux questions suivantes.

Description de la croyance:

1- Qu'est ce qui vous fait dire que cette croyance est vraie? Quelles preuves ou arguments avez-vous pour prouver que vous avez raison de penser cela?

2- Si vous aviez à démontrer que cette croyance n'est pas vraie, quels seraient vos arguments?

3- En ce moment, jusqu'à quel point croyez-vous que cette croyance est vraie? (Indiquez à quel pourcentage vous y croyez). _____

Identifiez maintenant une inquiétude ou une peur que vous avez eue dans la dernière semaine, et répondez ensuite aux questions 4, 5 et 6.

Description de l'inquiétude ou de la peur:

4- Est-ce que le fait de vous inquiéter de ceci vous a apporté des avantages ?

Si oui, lesquels ?

5- Est-ce que le fait de vous en inquiéter vous a apporté des inconvenients ?

Si oui, lesquels ?

6- En comparant les avantages et les inconvenients, quelles sont mes observations?

Résolution d'un problème

En général, il est très profitable de prendre le temps d'écrire et faire le point quand un problème important nous inquiète. L'écriture est le meilleur moyen pour mettre de l'ordre dans ses idées. De plus, l'application de la technique de résolution de problèmes donne un certain sentiment de contrôle. Rappelez-vous que cet exercice sera plus efficace si vous réussissez à transformer rapidement la perception de menace que vous entretenez devant le problème.

1- Orientation face au problème:

Menace perçue: _____

Transformez votre perception de menace en défi: _____

2- Définition du problème:

3- Solutions possibles :

4- Solution choisie:

5- Mise en application de la solution et évaluation du résultat:

6- Observations, remarques:

Fiche d'observation pour le scénario

Initiales..... Date.....

Pensée

À compléter avant l'exposition

1) Heure __ : __

2) Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée?

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

À compléter après l'exposition

1) Heure __ : __

2) Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée?

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?

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

4) Avez-vous neutralisé votre pensée pendant l'exposition?

Oui Non

Si oui, comment?

.....

Objectifs personnels pour les dernières semaines

Le but de ce devoir est de vous aider à vous fixer des objectifs personnels méritant d'être travaillés pour les dernières rencontres de thérapie. Cela pourrait cibler un problème qui n'a pas encore été résolu, une inquiétude de type II qui mériterait une séance d'exposition cognitive ou une fausse croyance concernant l'inquiétude qui persiste toujours. La deuxième partie consiste à indiquer les moyens que vous allez prendre pour atteindre l'objectif.

Mon 1er objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

Mon 2eme objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

Mon 3eme objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

Mon 4eme objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

**Traitement combiné pour
le trouble panique avec agoraphobie et
le trouble d'anxiété généralisée**

**Protocole de traitement
pour le thérapeute**

Élaboré en mai 1999 par :
Joane Labrecque,
André Marchand,
Michel J. Dugas et
Andrée Letarte

Révisé par Pascale Tremblay,
mai 2003

Protocole pour le traitement combiné du TAG-TPA

RENCONTRE 1 :

◆ Accueil :

- ◇ Féliciter le participant pour sa présence, indice de motivation et exercice en soi.
- ◇ Le rassurer sur son anxiété lors de cette première entrevue.
- ◇ Présentation brève des objectifs généraux du traitement. (On peut expliquer que deux traitements bien connus ont été adaptés afin de tenir compte de la présence simultanée de TAG et du TPA.)
- ◇ Expliquer ce qu'implique une thérapie cognitivo-comportementale (voir manuel) : participation importante du client (ex : les devoirs entre les séances) et que nous visons l'autonomie de la personne face à son anxiété. Notre rôle en tant que thérapeute est de lui donner des outils et de lui apprendre à s'en servir.

◆ Parler de l'anxiété normale vs anormale :

- ◇ Fonction adaptative de l'anxiété :
 - réaction d'alarme (fuite ou lutte) normale face à un danger.
 - l'anxiété peut augmenter la performance, nous permettre de nous préparer adéquatement dans certaines circonstances (ex : pour une entrevue), mais s'il y en a trop, la performance diminue. Expliquer la courbe en U inversé.

◆ Définitions de panique et d'inquiétude.

◆ Informations générales sur l'anxiété :

- ◇ Expliquer en quoi le participant présente à la fois un TAG et un TPA : l'intolérance est un point commun de ces deux formes d'anxiété. Expliquer que le premier est davantage lié à l'intolérance à l'incertitude et que le second est en lien avec l'intolérance aux sensations physiques. Afin d'expliquer ces deux formes d'intolérance, présenter le schéma II du TAG et le schéma I du TPA (voir annexe).
- ◇ Donner des exemples de difficultés reliées au TAG et au TPA (i.e. ne pas pouvoir prendre le métro, s'inquiéter excessivement pour santé, etc.)
- ◇ Donner de l'information sur la prévalence de ces problèmes et la cooccurrence.

◆ Vérifier les carnets d'auto-observation et insister sur l'importance de bien les remplir.

◆ **Devoir :**

- ◇ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation
- ◇ Lecture sur l'anxiété (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 1 et 2).

RENCONTRE 2 :

- ◆ **Retour sur la semaine dernière (incluant les lectures) et révision des carnets.**
- ◆ **Rôle des sensations physiques, cognitions et comportements :**
 - ◇ Expliquer l'interaction existant entre chacune de ces composantes et comment elles peuvent s'influencer mutuellement. Donner des exemples. Discuter avec le participant.
 - ◇ Expliquer que la thérapie vise à modifier les cognitions et les comportements afin que les émotions (anxiété) se modifient elles aussi ce qui aura pour effet d'augmenter la tolérance aux sensations physiques et à l'incertitude.
 - ◇ Expliquer la composante « environnement » et les impacts possibles de la thérapie sur ce point (ex : changement au sein du couple, etc.).
- ◆ **Bref retour sur le but de la thérapie qui est de modifier les pensées et les comportements:**
 - ◇ Expliquer au participant que les personnes souffrant de TPA et/ou de TAG entretiennent des croyances particulières qui maintiennent leurs problèmes, leurs troubles anxieux.
 - ◇ Faire la distinction entre pensée réaliste et pensée positive.
- ◆ **Démystifier la panique :**
 - ◇ Retour sur le fait que la panique est un phénomène normal et qu'il a une fonction (lutte ou fuite).
 - ◇ Expliquer les systèmes nerveux (voir l'annexe).
 - ◇ Expliquer le rôle de l'adrénaline et de la noradrénaline.
 - ◇ Expliquer le rôle de l'hyperventilation dans la panique.
 - ◇ Expliquer les différentes craintes liées aux attaques de panique (peur de faire une crise cardiaque, de s'étouffer, de s'évanouir, de perdre l'équilibre, de devenir fou, etc.).
 - ◇ Demander à la personne ce qui l'amène à avoir ces différentes peurs.
 - ◇ Faire ressortir l'aspect irréaliste de ces peurs ou les mythes associés.
 - ◇ Expliquer les causes de ses malaises (donner des informations exactes et simples) afin de l'aider à identifier des auto-instructions.
- ◆ **Faire face à la panique :**
 - ◇ Donner les instructions : accepter les sensations, développer une vision réaliste, rester sur place et attendre que la peur disparaisse.
 - ◇ Mémoriser ces instructions.

◆ Devoir :

- ◇ Lectures sur les croyances, l'intolérance à l'incertitude et les inquiétudes (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 3).
- ◇ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
- ◇ Exercice de rédaction des pensées réalistes (auto-instructions).

RENCONTRE 3 :

- ◆ **Retour sur les lectures. Vérifier les carnets.**
- ◆ **Retour sur l'exercice de rédaction des pensées réalistes.**
- ◆ **Les inquiétudes :**
 - ◇ Revenir sur la définition des inquiétudes.
 - ◇ Vérifier les croyances que le participant entretient face à ses inquiétudes.
 - ◇ S'assurer que le participant comprenne bien l'importance de modifier ces croyances.
 - ◇ Remise en question de croyances avec le participant (voir la grille à l'annexe).
- ◆ **Présenter au client qu'il existe deux types d'inquiétudes :** sur des problèmes réels (R) ou éventuels (E). Demander tout d'abord de noter les inquiétudes 3 fois par jour et informer qu'il lui sera demandé plus tard de les classer selon les deux types.
- ◆ **L'intolérance à l'incertitude:**
 - ◇ Réexpliquer l'intolérance à l'incertitude et son rôle dans le développement et le maintien des inquiétudes : cette intolérance l'amène à réagir plus fortement aux questions « Si... » parce qu'il ne tolère pas la moindre probabilité, même infime, d'événement négatif. Ce faisant, il est porté à imaginer diverses conséquences possibles et à s'inquiéter davantage que les personnes tolérantes à l'incertitude.
 - ◇ Amener le participant à voir que ce que l'on désire augmenter dans la thérapie n'est pas le niveau de certitude face aux événements, mais bien la tolérance à l'incertitude puisque l'incertitude est une chose normale dans la vie.
 - ◇ Aborder les manifestations de l'intolérance à l'incertitude (voir l'annexe). L'aider à compléter la liste pendant la séance si le temps le permet, sinon le faire à domicile.
- ◆ **Devoir :**
 - ◇ Lectures sur l'exposition aux stimuli intéroceptifs (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 4).
 - ◇ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
 - ◇ Noter ses inquiétudes 3 fois par jour (voir la grille à l'annexe).
 - ◇ Compléter ou terminer la liste des manifestations d'intolérance à l'incertitude et choisir un comportement à faire ou à cesser (voir l'annexe).

RENCONTRE 4 :

- ◆ **Retour sur les devoirs. Vérifier les carnets d'auto-observation.**
- ◆ Vérifier le devoir sur les inquiétudes. Ré-expliquer la différence entre les deux types d'inquiétudes (R et E). Demander au participant de classer ses inquiétudes selon les deux types à partir de cette semaine (voir l'annexe).
- ◆ **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- ◆ **Présentation du modèle complet du TPA (voir figure 5 de l'annexe).**
- ◆ **Présentation de la technique d'exposition aux stimuli intéroceptifs :**
 - ◇ Présenter le rationnel de cette procédure et faire un lien avec l'intolérance aux sensations physiques et l'intolérance à l'incertitude.
 - ◇ Description de la grille de cotation des exercices : comment la coter et comment choisir les exercices pertinents (voir l'annexe). *Note.* les exercices pertinents sont ceux ayant produit des symptômes évalués à un degré de 3 et plus sur l'échelle de **similitude**. Le thérapeute doit s'assurer également que les exercices retenus provoquent un certain degré de **peur** sur l'échelle de peur.
 - ◇ Démonstration des exercices par le thérapeute.
 - ◇ Le participant exécute les exercices pendant la séance et remplit la grille selon les sensations ressenties.
 - ◇ Choisir des exercices qui seront pratiqués à la maison par le participant selon une hiérarchie croissante.
 - ◇ Problèmes potentiels :
 - le client a trop peur pour faire les exercices... Expliquer quoi faire.
 - aucun des exercices ne correspond aux sensations que le client craint... Expliquer quoi faire.
 - le client s'hyperventile et cela cause ou accentue les sensations physiques. Le thérapeute peut souligner au participant ses observations sur la façon que le client fait ses exercices. Si le client hyperventile, le thérapeute peut lui suggérer de ralentir sa respiration.
- ◆ **Devoir :**
 - ◇ Lectures sur la résolution de problèmes (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 5).

- ◇ Pratiquer les exercices d'exposition aux sensations physiques: cibler 2 exercices et les pratiquer 3 fois par jour (voir le manuel du participant pour les instructions pour cibler les exercices à effectuer).
- ◇ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
- ◇ Noter les inquiétudes 3 fois par jour et les classer selon les deux types.
- ◇ Choisir un autre comportement de réassurance à cesser pour s'exposer à l'incertitude

RENCONTRE 5 :

- ◆ **Vérifier les carnets d'auto-observation.**
- ◆ **Retour sur le devoir d'identification et de classement des inquiétudes.**
- ◆ **Retour sur les exercices d'exposition aux sensations physiques et les lectures.**
- ◆ **Facultatif :** Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- ◆ **Présentation du modèle complet du TAG (voir figure 6 de l'annexe).**
Note. Le modèle complet ajoute le rôle des croyances, la résolution de problèmes et l'évitement lié aux inquiétudes sur les problèmes éventuels.
- ◆ **Expliquer les croyances liées à une mauvaise orientation au problème** (ne pas reconnaître qu'on a un problème, trouver qu'il est anormal d'avoir un problème et considérer un problème comme une menace plutôt qu'un défi) ainsi que le lien avec les inquiétudes sur des problèmes réels.
 - ◇ Discuter de cela avec le participant et faire des exercices où il doit trouver le défi dans une situation donnée.
- ◆ **Expliquer le processus de résolution de problèmes.**
 - ◇ Expliquer au participant qu'il a les mêmes habiletés que les autres personnes : la différence concerne l'attitude (l'orientation) face aux problèmes.
 - ◇ Expliquer les cinq étapes de la résolution de problèmes en s'aidant d'un exemple concret.
- ◆ **Devoir**
 - ◇ Lectures : demander au participant de relire ce qui a été couvert depuis le début (lire les pages du manuel correspondant aux rencontres 1 jusqu'à 5).
 - ◇ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
 - ◇ Continuer l'exposition aux sensations physiques (si nécessaire)
 - ◇ Demander au participant de faire un exercice de « menace vs défi » par jour et de choisir un de ces exercices pour faire une résolution de problèmes (voir l'annexe).
 - ◇ Poursuivre l'exposition à un comportement ciblant l'incertitude.

RENCONTRE 6 :

- ◆ **Retour sur les devoirs et vérification des carnets d'auto-observation.**
- ◆ **Facultatif :** Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- ◆ **Intégration :**
 - ◇ Retour sur ce qui a été vu jusqu'à maintenant en s'aidant du tableau-résumé (voir l'annexe) :
 - Démystification des symptômes et stratégies de base pour faire face à la panique
 - Exposition aux sensations physiques
 - Menace vs défi
 - Résolution de problèmes
 - ◇ S'assurer que le participant comprenne bien les concepts abordés jusqu'ici.
- ◆ **Devoir :**
 - ◇ Lectures sur l'exposition cognitive (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 7).
 - ◇ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
 - ◇ Continuer l'exposition aux sensations physiques (si nécessaire).
 - ◇ Continuer de pratiquer les « menace vs défi ».
 - ◇ Continuer la résolution de problèmes.
 - ◇ Poursuivre l'exposition à un comportement ciblant l'incertitude.

RENCONTRE 7 :

- ◆ **Retour sur les devoirs et vérification des carnets d'auto-observation.**
- ◆ **Facultatif :** Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- ◆ **Retour sur l'importance de l'exposition**
 - ◇ Présenter les courbes d'exposition (voir l'annexe).
 - ◇ Donner l'exemple d'une phobie spécifique (ex : chiens) pour illustrer le processus d'évitement, de neutralisation et d'exposition.
 - ◇ Insister sur le fait qu'il est essentiel de s'exposer afin d'apprendre que l'anxiété finit par diminuer d'elle-même. Faire le lien avec l'exposition aux sensations physiques.
- ◆ **Expliquer ce que sont les inquiétudes sur les problèmes éventuels et comment les faire diminuer**
 - ◇ Faire le lien entre les inquiétudes sur les problèmes éventuels et l'exposition (présenter sa position dans le tableau « Modèle complet du TAG III »).
 - ◇ Expliquer au participant la procédure d'exposition qui sera faite la semaine suivante, i.e. s'exposer au scénario, enregistré/ lu/recopié, du problème qui le dérange le plus.
 - ◇ Expliquer que le scénario ne doit pas comporter d'éléments rassurants ou minimisants parce que cela jouerait un rôle de neutralisation.
 - ◇ Vérifier les croyances du participant face aux conséquences de l'anxiété afin de les corriger si nécessaire.
 - ◇ Présenter cette stratégie et sa position dans le tableau-résumé (voir l'annexe).
- ◆ **Préparer le scénario d'exposition (TAG)**
 - ◇ Aider le participant à préparer le scénario d'exposition (voir l'annexe):
 - le scénario doit avoir une durée de 1-2 minutes lorsque lu lentement et avec expression (la lecture avec « émotion est importante », le contraire pourrait être un élément de neutralisation).
 - il ne doit pas contenir d'élément de neutralisation (ex : peut-être, pas si pire...)
 - il doit être composé au présent
 - il doit être « épouvanté » mais tout de même crédible

- il doit comporter des éléments des différents sens (odeurs, couleurs...)
- ◇ Le scénario sera enregistré la semaine prochaine (la modalité spécifique, i.e. lu ou recopié à répétition ou écouté est laissé à la discrétion du thérapeute selon ce qui permet le plus au participant « d'entrer » dans le scénario).

◆ **Devoir :**

- ◇ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
- ◇ Continuer l'exposition aux sensations physiques.
- ◇ Poursuivre l'exposition à un comportement ciblant l'incertitude.
- ◇ Continuer d'appliquer le processus de résolution de problèmes et de trouver des défis plutôt que des menaces.
- ◇ Essayer de trouver un lecteur CD ou MP3 et l'apporter pour la semaine suivante. Note. Si le client possède un lecteur de cassette, le thérapeute peut apporter une enregistreuse audio et une cassette pour faire l'enregistrement sur cassette.
- ◇ Lectures sur l'exposition cognitive (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 8).

Prévoir 90 minutes pour la prochaine séance

RENCONTRE 8 (DURÉE 90 MINUTES) :

- ◆ **Retour sur les devoirs des semaines précédentes (si nécessaire) et vérification des carnets d'auto-observation.**
- ◆ **Facultatif :** Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- ◆ **Retour sur les lectures de la semaine dernière sur l'exposition cognitive.**
- ◆ **Enregistrement du scénario.**
 - ◇ Le participant lit son texte à voix haute afin de l'enregistrer sur une cassette sans fin ou un CD (ou privilégier une autre modalité si davantage pertinent pour le client).
- ◆ **Faire une première séance d'exposition avec le thérapeute :**
 - ◇ Présenter cette séance comme une pratique et non comme un examen.
 - ◇ Demander au participant de remarquer les fluctuations de son anxiété avant, pendant et après l'exposition, comme on le faisait pour l'exposition aux sensations physiques.
 - ◇ Revenir sur les stratégies de neutralisation : avertir le participant qu'il se peut qu'il découvre des stratégies de neutralisation pendant l'exposition et qu'il est important qu'il neutralise le moins possible.
 - ◇ La première pratique durera 10 minutes. Prendre ensuite quelques minutes afin de vérifier le bon déroulement de l'exposition.
 - ◇ *Si le participant a plus de facilité à entrer dans le scénario lorsqu'il en fait la lecture ou la copie, utiliser ce moyen plutôt que l'écoute.*
 - ◇ La seconde pratique durera 45 minutes : le thérapeute indiquera quand l'exposition sera terminée.
 - ◇ Indications à donner au participant:
 - « Fermez vos yeux et écoutez la cassette (lisez, recopiez) en vous plaçant le plus possible dans la situation décrite sur la cassette (dans votre scénario), sans neutraliser. Laissez monter l'anxiété. Observez l'anxiété augmenter puis atteindre un plateau avant de diminuer lentement. Si vous neutralisez ou perdez votre concentration, revenez à l'image et replacez-vous dans la situation. »
 - ◇ Suite à l'exposition, le participant remplit la fiche d'écoute (anxiété avant, pendant et après ainsi que les stratégies de neutralisation s'il y a lieu) (voir l'annexe).
- ◆ **Devoirs :**
 - ◇ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.
 - ◇ Continuer de pratiquer l'exposition aux sensations physiques, à l'incertitude, la résolution de problèmes et l'identification de défis.

- ◇ Pratiquer le scénario à la maison : le faire une fois par jour au minimum 6 jours sur 7. Choisir un moment à l'avance où le participant sait qu'il ne sera pas dérangé. La durée de l'exposition devrait être de 30 à 60 minutes, i.e. jusqu'à ce que l'anxiété soit redescendue au moins aussi bas qu'avant de commencer l'écoute. Si l'anxiété ne monte pas, faire quand même l'exposition pendant un minimum de 20 minutes. À la fin de chaque exposition, remplir une fiche d'écoute.
- ◇ Lecture sur l'évitement situationnel (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 9).

RENCONTRE 9 :

- ◆ **Retour sur les devoirs (si nécessaire) et vérifier les carnets d'auto-observation.**
- ◆ **Facultatif :** Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- ◆ **Retour sur le devoir d'exposition au scénario :**
 - ◇ Vérifier s'il y a eu des problèmes et demander au participant s'il a une explication.
 - ◇ Types de problèmes :
 - Problème technique : refaire l'enregistrement, choisir un endroit moins bruyant.
 - Problème avec le scénario : ajouter des éléments importants qui ont été omis, ajouter des détails, des images, enlever des éléments neutralisants, s'assurer que la lecture est faite assez lentement et avec expression, etc.
 - Problème de neutralisation pendant l'écoute : identifier les éléments et normaliser le fait d'y recourir. Vérifier les croyances face à une « trop » grande anxiété.
 - Problème de cible : revoir la pertinence de l'inquiétude, cibler une autre inquiétude.
 - ◇ Demander quels sont les résultats perçus suite à l'exposition : perception de l'exposition et de l'anxiété, fréquence et intensité de l'inquiétude cible, liens avec l'exposition comportementale.
- ◆ **Présenter l'exposition comportementale aux situations pour le TPA :**
 - ◇ Présenter le « Modèle TPA II » en refaisant les liens entre anxiété, l'évitement et l'exposition (voir l'annexe).
 - ◇ Demander au participant comment il procéderait dans le cas de l'évitement situationnel et quand il devrait appliquer cette technique, i.e. quand il y a présence d'évitement (se référer au tableau-résumé présenté à l'annexe).
 - ◇ Expliquer l'exposition *in vivo* graduelle et prolongée et lien avec les courbes d'exposition (voir l'annexe).
 - ◇ Préparer en rencontre les 2 listes d'exposition aux situations naturelles et problématiques (voir l'annexe).
 - ◇ Souligner l'importance d'utiliser les techniques apprises jusqu'à maintenant : les stratégies de base pour faire face à la panique et les auto-instructions.
 - ◇ Choisir l'exercice d'exposition à une situation problématique qui sera fait lors de la prochaine rencontre.
 - ◇ Expliquer l'exposition aux situations naturelles et choisir un exercice selon la hiérarchie.
- ◆ **Devoirs :**
 - ◇ Continuer de remplir les carnets d'auto-observation.

- ◇ Commencer l'exposition situationnelle (donner les feuilles d'observation présentées à l'annexe).
- ◇ Faire un exercice d'exposition à une situation naturelle.
- ◇ Continuer l'exposition aux sensations physiques, la résolution de problèmes, l'identification de défis et l'exposition cognitive au scénario si nécessaire.

Prévoir 90 minutes pour les 2 prochaines séances

RENCONTRES 10 ET 11 (DURÉE DE 90 MINUTES CHAQUE SÉANCE) :

- ◆ **Retour sur les devoirs généraux et vérification des carnets d'auto-observation.**
- ◆ **Facultatif :** Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- ◆ **Retour sur le devoir d'exposition fait au cours de la dernière semaine**
 - ◇ Si le participant a fui ou a évité une situation, ou s'il a eu une attaque de panique, tenter de trouver une explication et de corriger la situation pour les exercices suivants (ex : exercice trop difficile, tente de brûler des étapes, croyances irrationnelles, ne reste pas suffisamment longtemps dans la situation, etc.).
 - ◇ Revenir sur les techniques apprises antérieurement (démystification des symptômes, principes de base).
 - ◇ Confirmer l'exercice qui sera fait pendant la séance (avec ou sans le thérapeute): l'exercice doit être assez difficile tout en respectant la hiérarchie d'exposition.
- ◆ **Exercice d'exposition à une situation problématique seul ou accompagné du thérapeute (60 minutes).**
- ◆ **Retour sur l'exercice d'exposition** (une fois de retour à la clinique).
 - ◇ Le participant témoigne de son expérience. S'il y a eu des difficultés, faire des suggestions afin de faciliter les prochains exercices.
- ◆ **Devoirs :**
 - ◇ Remplir les carnets d'auto-observation.
 - ◇ Faire les exercices d'exposition situationnelle.
 - ◇ Faire un autre exercice d'exposition à une situation naturelle.
 - ◇ Continuer l'exposition cognitive au scénario.
 - ◇ Préparer un second scénario (si besoin est).
 - ◇ Continuer l'exposition aux sensations physiques, la résolution de problèmes, l'identification de défis et l'exposition cognitive au scénario si nécessaire.

RENCONTRE 12 (DURÉE 60 MINUTES)

- ◆ **Faire un second scénario** (si besoin est)
- ◆ **Vérifier les carnets d'auto-observation.**
- ◆ **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- ◆ **Idem aux rencontres 10 et 11.**
- ◆ **Devoirs :**
 - ◇ Lectures sur la prévention de la rechute et sur la fin de la thérapie (lire les pages du manuel correspondant à la rencontre 13).
 - ◇ Continuer l'exposition situationnelle (si nécessaire).
 - ◇ Faire un autre exercice d'exposition à une situation naturelle (si nécessaire).
 - ◇ Faire exposition au scénario (si nécessaire).
 - ◇ Continuer l'exposition aux sensations physiques, la résolution de problèmes, l'identification de défis et l'exposition cognitive au scénario si nécessaire.

RENCONTRE 13 :

- ◆ **Retour sur les devoirs et vérifier les carnets d'auto-observation.**
- ◆ **Facultatif** : Si le participant semble vouloir aborder l'impact que la thérapie a sur sa perception de lui-même ou que les autres ont de lui, le thérapeute peut prendre 5 minutes pour normaliser ou discuter avec le participant.
- ◆ **Intégration → retour sur les aspects problématiques.**
- ◆ **Retour sur le tableau-résumé et comment identifier les stratégies à utiliser.**
- ◆ **Présentation de la prévention de la rechute.**

Note. Le thérapeute doit préparer un bilan des progrès du participant pour la prochaine rencontre. Le thérapeute doit demander à l'évaluateur de lui donner les questionnaires qu'il devra remettre au participant lors de la prochaine rencontre.

RENCONTRE 14 :

- ◆ **Vérifier les carnets d'auto-observation.**
- ◆ **Suivi et fin du traitement :**
 - ◇ Retour sur la thérapie (difficultés rencontrées par le participant, questions, etc.).
- ◆ **Bilan des progrès réalisés par le participant et félicitations.**
- ◆ **Fixer trois objectifs avec le client qu'il pratiquera au cours des trois prochains mois (voir la feuille des objectifs à l'annexe)**
- ◆ **Remise des questionnaires que le participant devra compléter et remettre à l'évaluateur lors de l'évaluation post-traitement (évaluation qui aura lieu 2 semaines suite à la fin de la thérapie).**

ANNEXE

EFFETS PRODUITS SUR LE NIVEAU D'ANXIÉTÉ PAR DIFFÉRENTS COMPORTEMENTS

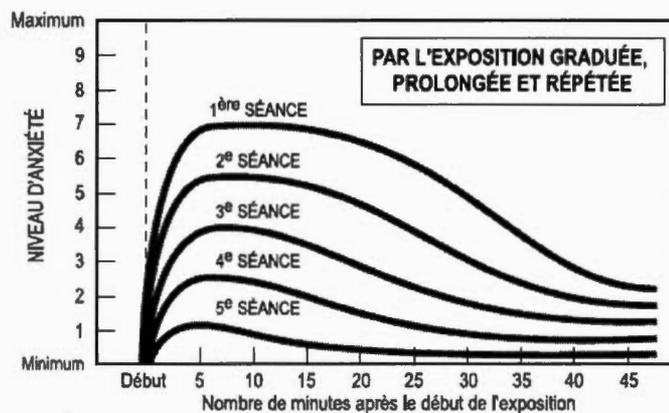
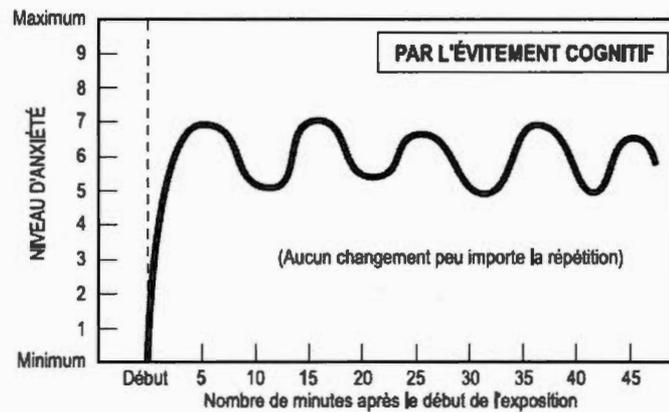
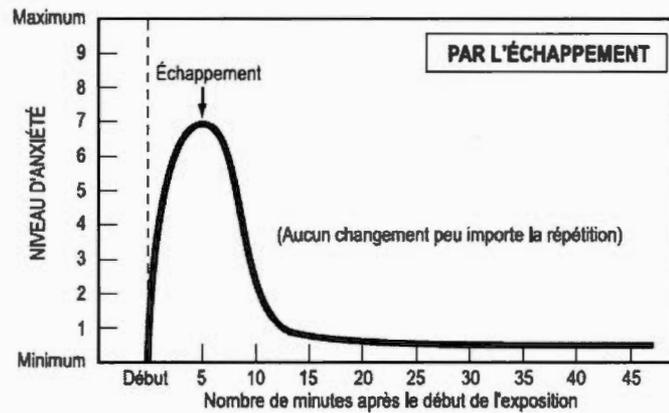


Figure 1

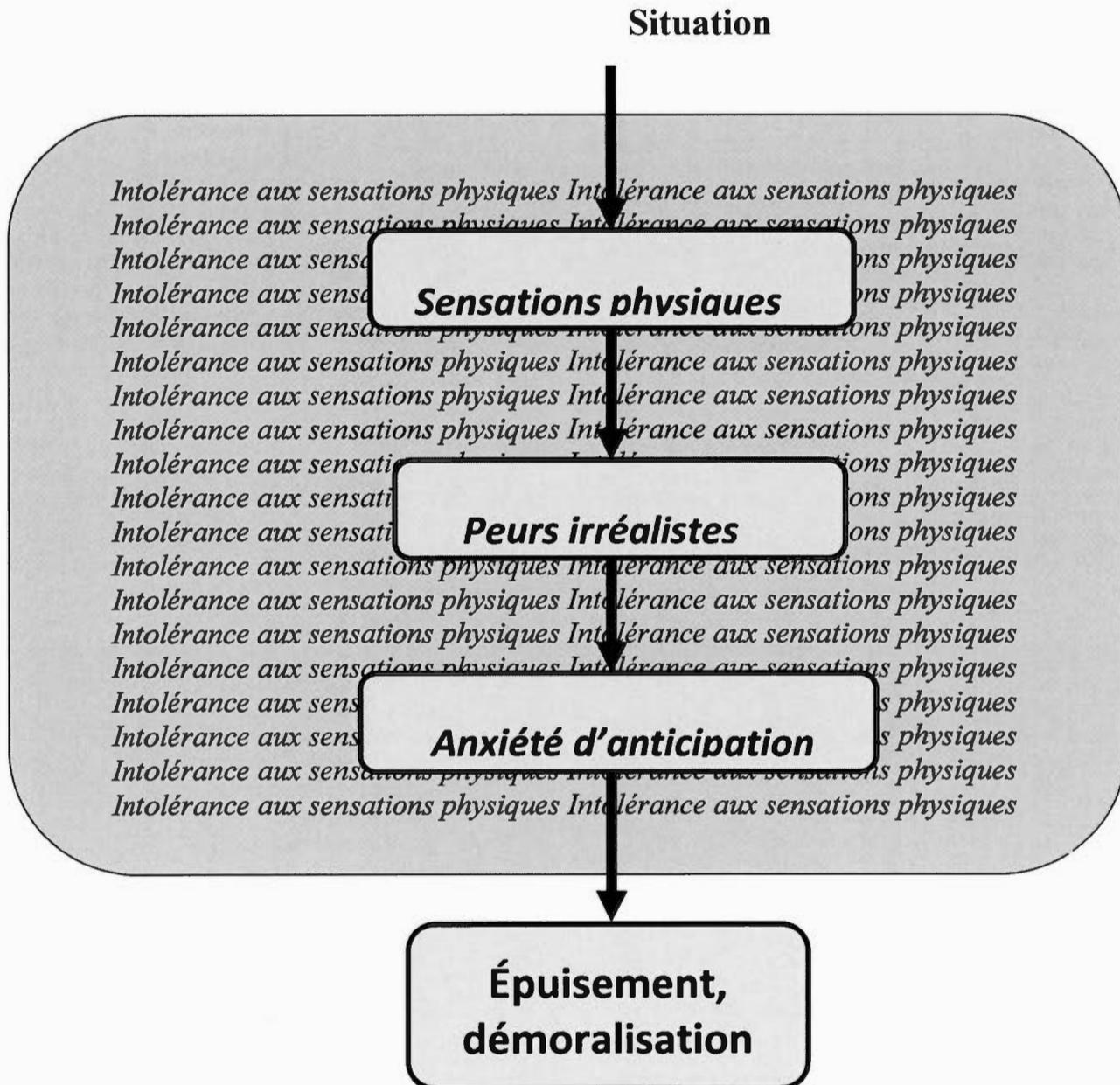
Modèle du trouble panique avec agoraphobie I

Figure 3

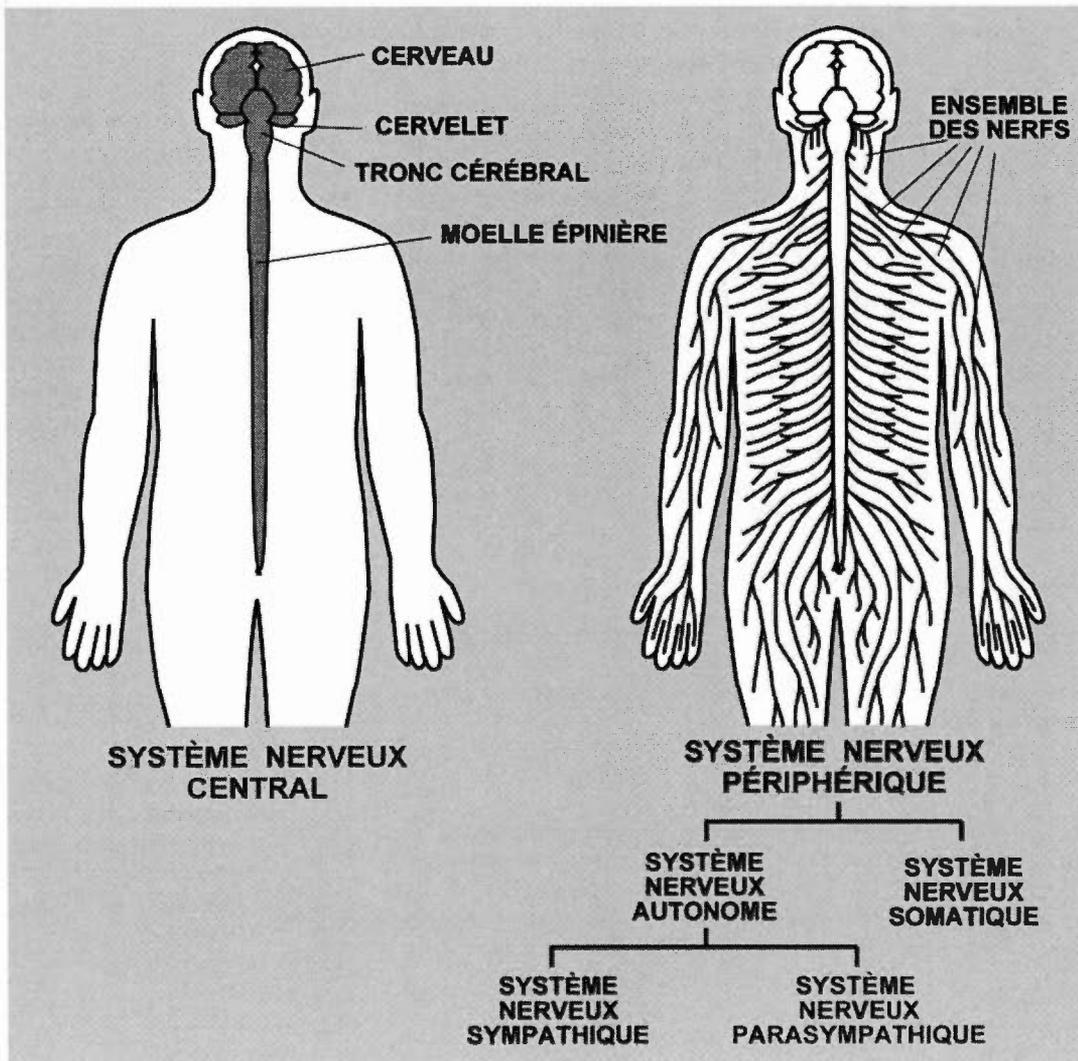
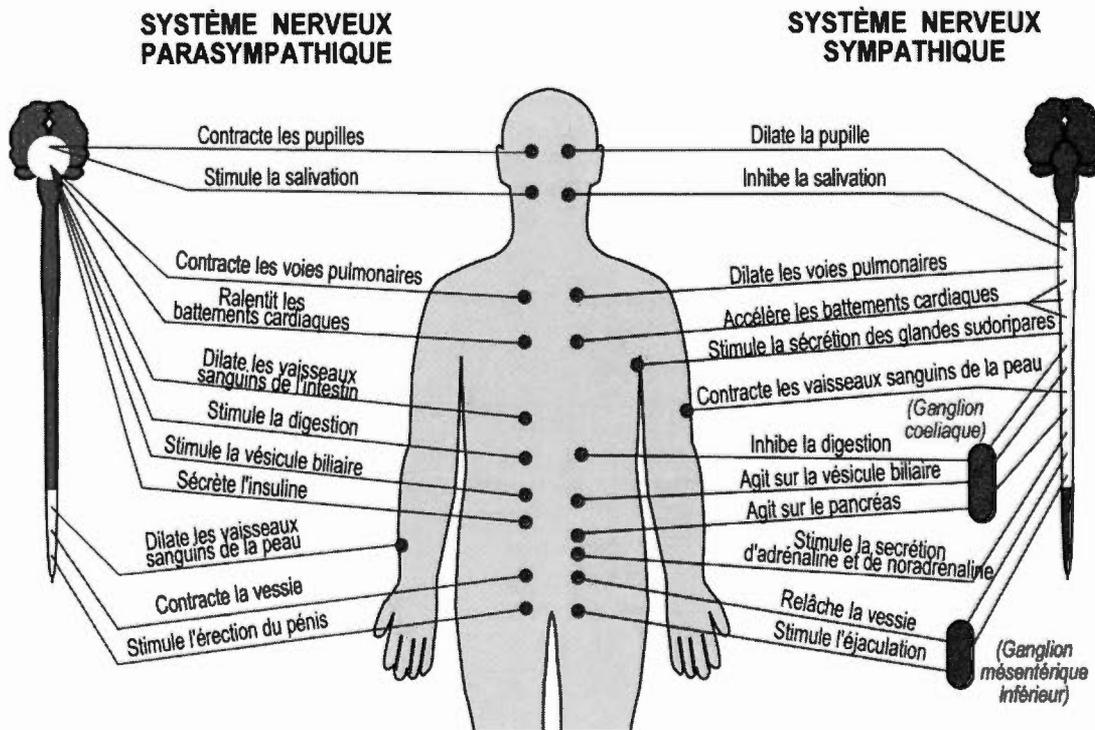


Figure 4



Remise en question d'une croyance

Cet exercice vise à remettre en question une croyance que vous avez concernant vos inquiétudes. Identifiez d'abord une croyance et répondez ensuite aux questions suivantes.

Description de la croyance:

1- Qu'est ce qui vous fait dire que cette croyance est vraie? Quelles preuves ou arguments avez-vous pour prouver que vous avez raison de penser cela?

2- Si vous aviez à démontrer que cette croyance n'est pas vraie, quels seraient vos arguments?

3- En ce moment, jusqu'à quel point croyez-vous que cette croyance est vraie? (Indiquez à quel pourcentage vous y croyez)._____

Identifiez maintenant une inquiétude ou une peur que vous avez eue dans la dernière semaine, et répondez ensuite aux questions 4, 5 et 6.

Description de l'inquiétude ou de la peur:

4- Est-ce que le fait de vous inquiéter de ceci vous a apporté des avantages ?

Si oui, lesquels ?

5- Est-ce que le fait de vous en inquiéter vous a apporté des inconvenients ?

Si oui, lesquels ?

6- En comparant les avantages et les inconvénients, quelles sont mes observations?

Manifestations d'Intolérance à l'Incertitude

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 ajouter vos exemples personnels dans chacune des catégories présentées.

OUI/NON

_____ 1) Éviter de faire certaines choses

Par exemple:

_____ -Éviter de s'investir dans une relation amicale ou amoureuse parce que le "résultat" est incertain

_____ -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.

Par exemple:

_____ -Trouver des défaites pour ne pas faire de démarches pour quitter le foyer familial.

_____ -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)

Par exemple:

_____ -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.

_____ -Remettre à plus tard la prise d'une décision parce qu'on n'est pas certain que ce soit la bonne décision.

_____ -Finir par ne rien faire parce qu'on n'est pas certain d'avoir bien choisi (p.ex.: choix de film ou de restaurant).

Exemple personnel: _____

_____ 4) Tout vouloir faire soi-même, ne pas déléguer les tâches à faire à d'autres personnes.

Par exemple:

_____ -Faire toutes les tâches à la maison parce qu'on n'est pas certain que ce sera bien fait

Exemple personnel: _____

_____ 5) S'engager partiellement ("à moitié") dans une relation, un travail, un projet

Exemple personnel: _____

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

Exemple personnel: _____

_____ 7) Rechercher plus d'informations avant d'aller de l'avant

Par exemple:

_____ -Lire beaucoup de documentation

_____ -Demander les mêmes informations à plusieurs personnes

_____ -Surplanifier une activité, un voyage, un travail...

_____ -Lire l'horoscope

_____ -Magasiner très longtemps avant de choisir un cadeau pour un proche

Exemple personnel: _____

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

Quel genre de décisions? _____

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

Auprès de qui? _____

Dans quel genre de situations? _____

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

Exemple personnel: _____

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

Quel genre de choses? _____

_____ 12) Surprotéger les autres, faire des choses à leur place

Comme qui? _____

Pour quel genre de choses? _____

Exercice ciblant la nouveauté et l'incertitude

Rappelons-nous qu'il est impossible d'être certain de tout et de tout contrôler les aspects de notre vie. Il vaut mieux apprendre à tolérer la nouveauté, les imprévus et l'incertitude. Le comportement ou l'action est le moyen privilégié pour modifier une attitude et sa façon de penser. C'est la même chose si on est intolérant à l'incertitude. Au début, le principe est d'agir comme si on était tolérant. Mais pour faire ce travail, n'oubliez pas de tenir compte des points suivants :

- (5) C'est normal de sentir un malaise lors des premières pratiques d'un nouveau comportement.
- (6) Les sensations d'anxiété sont déplaisantes, mais ne sont pas dangereuses.
- (7) Il est important d'ordonner le degré de difficulté des actions qu'on choisit, on commence avec quelque chose de petit, mais réalisable.
- (8) C'est à force de pratiquer que la motivation à changer augmente.

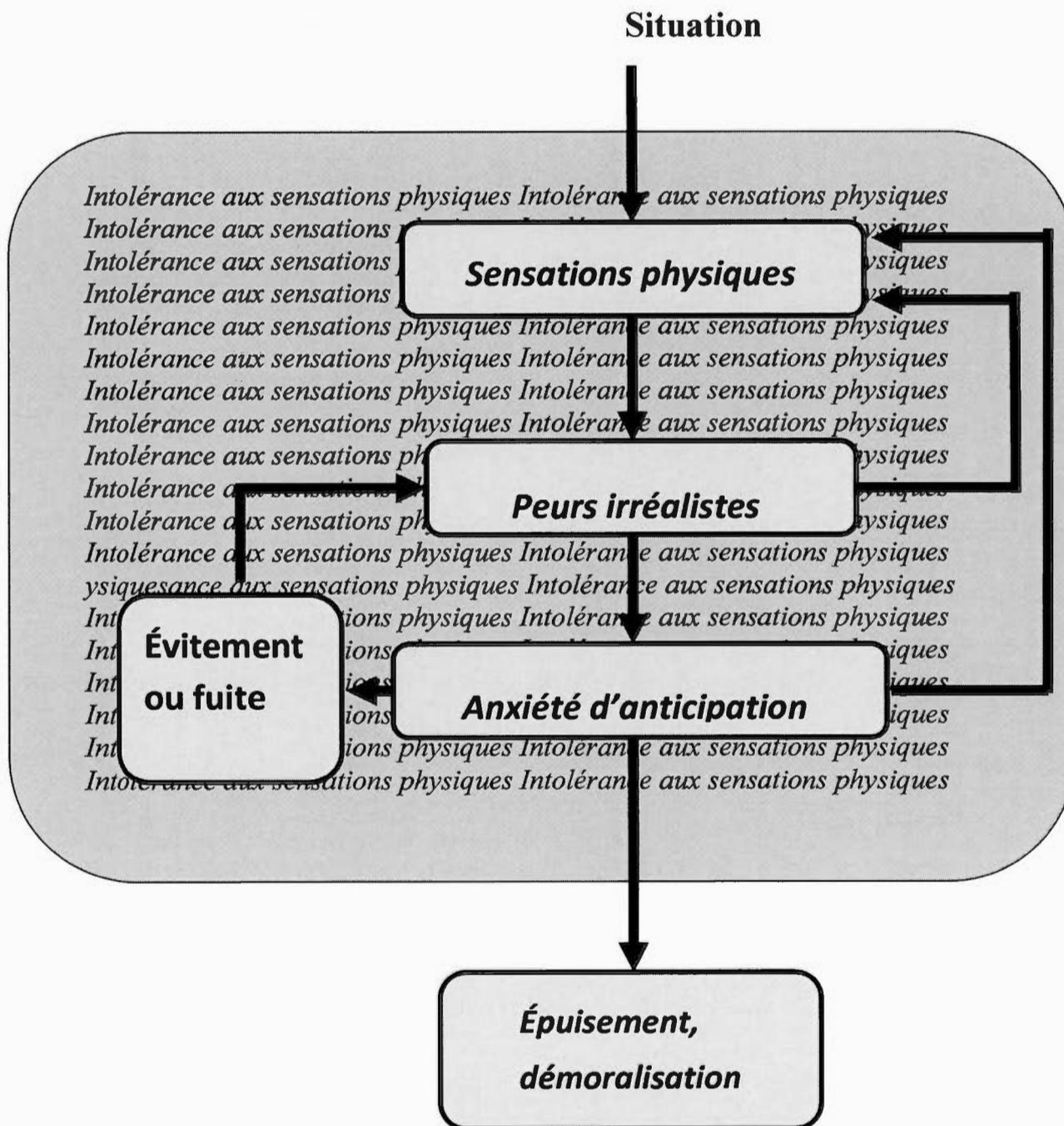
Lorsqu'on tolère mal l'incertitude, on a tendance à faire deux choses : (1) éviter les situations incertaines ou (2) chercher le plus de réassurance possible pour diminuer le doute. Le but de ce devoir est de faire le contraire, s'exposer à l'incertitude ou s'empêcher de se réassurer.

Comportement ciblé:

Moyens:

Résultats:

Observations:

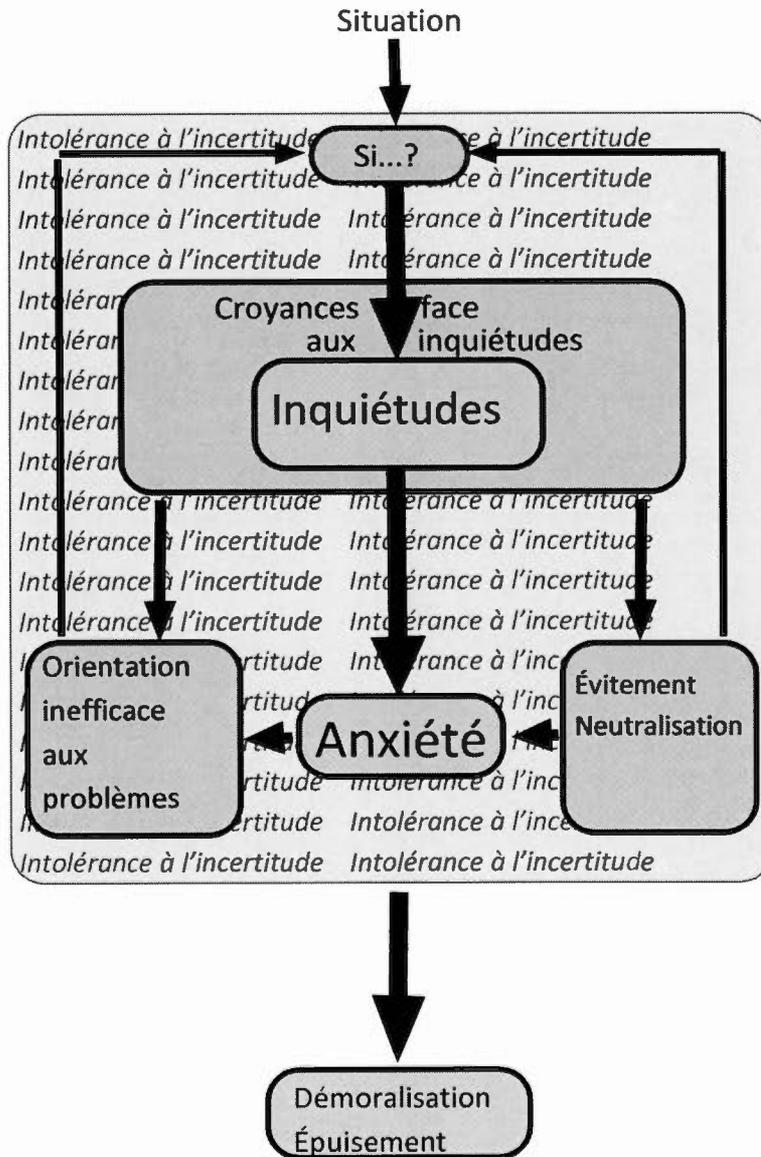
Figure 5**Modèle du trouble panique avec agoraphobie II**

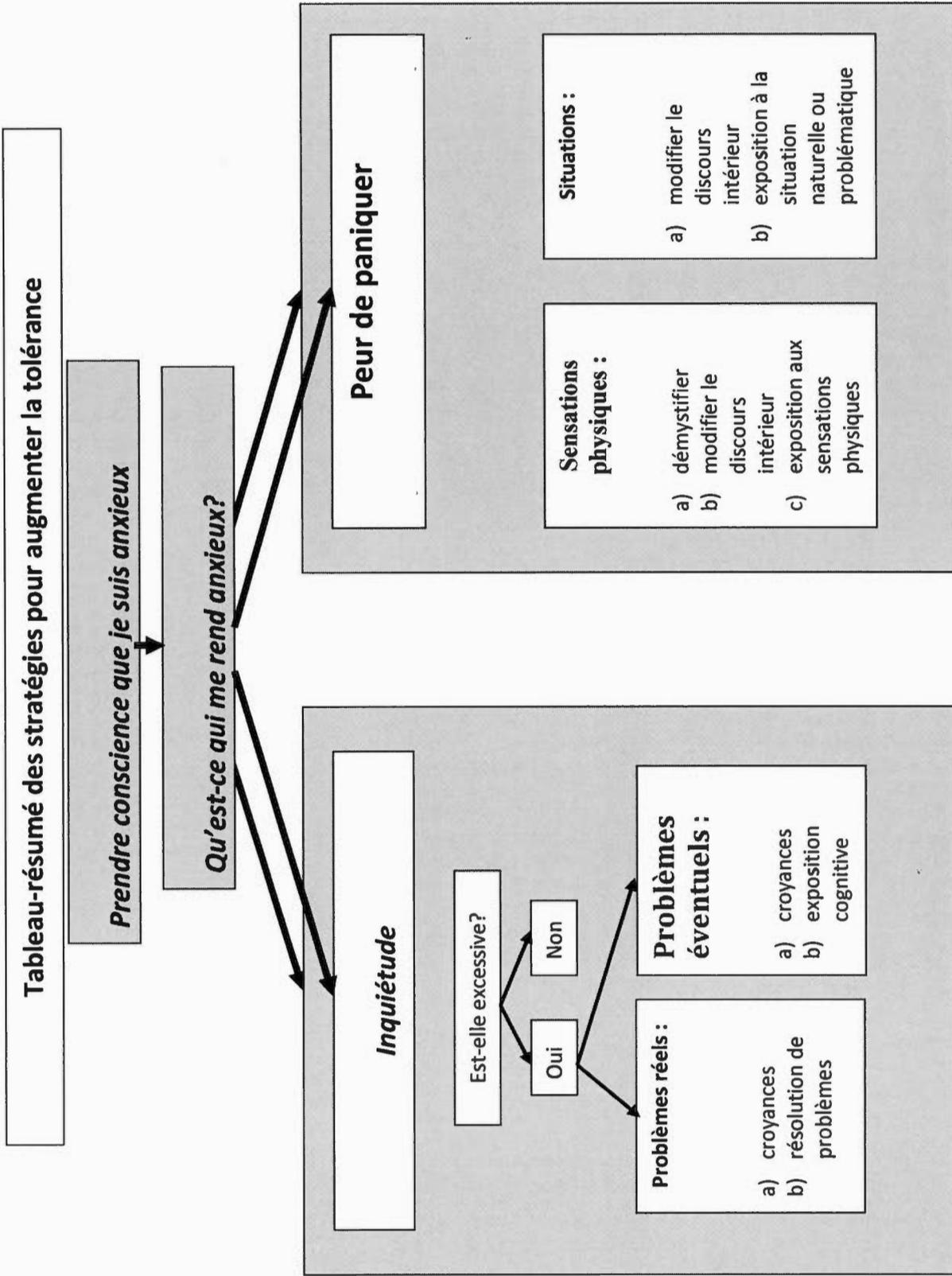
Grille d'identification des exercices pertinents

Exercice	<i>Sensations</i>	Intensité des sensations 1 à 8	Peur / anxiété / inconfort 1 à 8	Similitude 1 à 8	Exercices retenus (mettre une étoile, puis numéroter en ordre croissant)
1. Secouer la tête					
2. Redresser de la tête					
3. Courir sur place ou monter-descendre une marche					
4. Contracter tout le corps					
5. Retenir sa respiration					
6. Tourner sur place					
7. Hyperventiler					
8. Respirer à travers une paille					
9. Fixer un point sur le mur					
10. Avaler rapidement 4 fois de suite					
11. Imaginer votre pire sensation					
12. Fixer votre image ou votre main					
13. Exercer une pression sur le bras					

Figure 6

Modèle du trouble d'anxiété généralisée III





Résolution d'un problème

En général, il est très profitable de prendre le temps d'écrire et faire le point quand un problème important nous inquiète. L'écriture est le meilleur moyen pour mettre de l'ordre dans ses idées. De plus, l'application de la technique de résolution de problèmes donne un certain sentiment de contrôle. Rappelez-vous que cet exercice sera plus efficace si vous réussissez à transformer rapidement la perception de menace que vous entretenez devant le problème.

1- Orientation face au problème:

Menace perçue: _____

Transformez votre perception de menace en défi: _____

2- Définition du problème:

3- Solutions possibles :

4- Solution choisie:

5- Mise en application de la solution et évaluation du résultat:

6- Observations, remarques:

Fiche d'observation pour le scénario

Initiales..... Date.....

Pensée

À compléter avant l'exposition

3) Heure __ : __

4) Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée?

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

À compléter après l'exposition

5) Heure __ : __

6) Quel est le niveau actuel de malaise associé à votre pensée?

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

7) Quel était le niveau maximal de malaise associé à votre pensée?

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

8) Avez-vous neutralisé votre pensée pendant l'exposition?

Oui Non

Si oui, comment?

.....

LISTE DES SITUATIONS ÉVITÉES

Situation naturelle	Peur (échelle 0-8)

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DES SITUATIONS PROBLÉMATIQUES

NOM: _____

Date	Décrivez la situation	Étiez-vous 1 = seul-e 2 = accom- pa- gné-e	Avez-vous 1 = fait face à 2 = évité 3 = quitté la situa- tion?	Combien de temps êtes-vous demeuré-e dans la situation?	Niveau d'anxiété (0-10) a) avant b) pendant c) après	A quoi pensez-vous a) avant b) pendant c) après la situation?
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____
					a) _____ b) _____ c) _____	a) _____ b) _____ c) _____

* Si vous avez fait face à la situation avec l'aide d'un objet sécurisant, veuillez indiquer de quel objet il s'agit.

Liste de garanties sécurisantes

- Une personne, un compagnon sécurisant
- Des médicaments ou une bouteille vide de médicaments
- Un sac de papier brun
- De l'eau en bouteille ou une boisson gazeuse
- Les principaux numéros de téléphone des cliniques ou hôpitaux près de chez vous
- Un téléphone cellulaire pour appeler quelqu'un en cas de malaise
- La possession d'un porte-bonheur
- Avoir en tête des solutions ou plans pour éviter, s'échapper, s'éloigner rapidement d'une situation
- Conduire dans la voie la plus lente
- Conduire avec la radio allumée
- S'asseoir ou demeurer près des sorties d'urgence
- Bien connaître en tout temps l'emplacement des toilettes
- Se distraire
- S'agripper après le volant tellement fermement que vos mains en deviennent blanches
- Faire des activités durant les journées ensoleillées plutôt que lors des journées pluvieuses
- Faire des activités les journées que vous vous sentez bien dans votre peau et ne pas les faire, les journées où vous sentez moins bien (c'est votre état physique qui dicte ce que vous allez pouvoir accomplir ou non certaines journées)
- Avoir une zone de sécurité subjective dans laquelle vous sentez que rien ne peut arriver
- Tout objet ou comportement qui peut, selon votre perception, avoir la propriété d'empêcher de ressentir des sensations désagréables ou bien d'avoir une attaque de panique
- Se raidir
- Prendre une respiration profonde
- S'appuyer sur le panier d'épicerie ou bien à l'aide d'une canne

Objectifs personnels pour les dernières semaines

Le but de ce devoir est de vous aider à vous fixer des objectifs personnels méritant d'être travaillés pour les dernières rencontres de thérapie concernant le TPA ou le TAG. La deuxième partie consiste à indiquer les moyens que vous allez prendre pour atteindre l'objectif.

Mon 1er objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

Mon 2ème objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

Mon 3ème objectif :

Moyens ou outils qui seront utilisés pour travailler cet objectif :

APPENDICE H

ACCUSÉS DE RÉCEPTION DES ÉDITEURS DES REVUES SCIENTIFIQUES

PRESENTATION

LA REVUE

SOUMETTRE

ABONNEMENTS

ISSN 2033-9410

LA REVUE

- 2016 - Volume XXI
- 2015 - Volume XX
- 2014 - Volume XIX
- 2013 - Volume XVIII
- 2012 - Volume XVII

[voir les archives](#)

LES ARTICLES

- par thèmes
- par auteurs

Bienvenue à Vedrana Ikić

- [Votre compte](#)

- [Déconnexion](#)

Votre compte

Profil

(*) Champs obligatoires

Institution :

Facturation : Oui Non

Nom : *

Prénom : *

E-mail : *

E-mail (confirmation) : *

Vos articles soumis

Analyse d'efficacité du traitement de trouble panique avec agoraphobie et de trouble d'attachement anxieux

20/02/2016

Article soumis

THE JOURNAL OF MENTAL HEALTH POLICY AND ECONOMICS

Volume 20, Number 1, March 2017

- 1 **Editorial**
- 3 **Willingness to Pay in Caregivers of Patients Affected by Schizophrenia**
Claudiane Salles Daltio, Cecilia Attux, Marcos Bosi Ferraz
- 11 **Reduction in Costs after Treating Comorbid Panic Disorder with Agoraphobia and Generalized Anxiety Disorder**
Vedrana Ikić, Claude Bélanger, Stéphane Bouchard, Patrick Gosselin, Frédéric Langlois, Joane Labrecque, Michel J. Dugas, André Marchand
- 21 **Costs and Effectiveness of Treating Homeless Persons with Cocaine Addiction with Alternative Contingency Management Strategies**
Stephen T. Mennemeyer, Joseph E. Schumacher, Jesse B. Milby, Dennis Wallace
- 37 **Accountability for Mental Health: The Australian Experience**
Sebastian Rosenberg, Luis Salvador-Carulla
- 55 **ABSTRACTS TRANSLATIONS**
CHINESE, SPANISH

BIBLIOGRAPHIE

Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M. et Woods, S. W. (2010). Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32 (2), 185-192. doi:10.1007/s10862-009-9151-3

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.) Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.) Washington, DC: Author.

Andlin-Sobocki, P., Jönsson, B., Wittchen, H. U. et Olesen, J. (2005). Cost of disorders of the brain in Europe. *European Journal of Neurology*, 12(s1), 1-27. doi:10.1111/j.1468-1331.2005.01202.x

Andrisano, C., Balzarro, B., Fabbri, C., Chiesa, A. et Serretti, A. (2012). Antidepressants and panic disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 9(2), 84-101.

Barlow, D. H., Allen, L. B. et Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205-230. doi:10.1016/S0005-7894(04)80036-4

Batelaan, N., Smit, F., de Graaf, R., van Balkom, A., Vollebergh, W. et Beekman, A. (2007). Economic costs of full-blown and subthreshold panic disorder. *Journal of affective disorders*, 104, 127-136. doi:10.1016/j.jad.2007.03.013

Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Höfler, M., Lueken, U., Becker, E. S. et Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 29(11), 948-957. doi:10.1002/da.21955

- Borkovec, T. D., Abel, J. L. et Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63* (3), 479-483. doi:10.1037/0022-006X.63.3.479
- Brown, T. A. et Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of consulting and clinical psychology, 60*(6), 835-844. doi: 10.1037//0022-006x.60.6.835
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. et Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology, 110*(4), 585-599. doi:10.1037//0021-843X.110.4.585
- Bruce, S. E., Machan, J. T., Dyck, I. et Keller, M. B. (2001). Infrequency of “pure” GAD: impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression and Anxiety, 14*(4), 219-225. doi:10.1002/da.1070
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., ... Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1179-1187. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.162.6.1179>
- Chartier-Otis, M., Perreault, M. et Bélanger, C. (2010). Determinants of barriers to treatment for anxiety. *Psychiatrie Québec, 81*, 127-138. doi:10.1007/s11126-010-9123-5
- Cloutier, K., Marchand, A., Dugas, M. J., O'Connor, K., Koerner, N. et Roberge, P. (2009). Analyse comparative de l'utilisation de services de santé associée aux troubles anxieux / Health services utilization among adults with anxiety disorders. *Revue québécoise de psychologie, 30*, 199-215.
- Comer, J. S., Blanco, C., Hasin, D. S., Liu, S. M., Grant, B. F., Turner, J. B. et Olfson, M. (2011). Health-related quality of life across the anxiety disorders. *The Journal of clinical psychiatry, 72*, 43-50. doi: 10.4088/JCP.09m05094blu
- Craske, M. G., Farchione, T. J., Allen, L. B., Barrios, V., Stoyanova, M. et Rose, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy, 45* (6), 1095–1109. doi:10.1016/j.brat.2006.09.006

- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. et Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(2), 130-140. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.002
- Davidoff, J., Christensen, S., Khalili, D. N., Nguyen, J. et IsHak, W. W. (2012). Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission. *Quality of Life Research*, 21(6), 945-959. doi:10.1007/s11136-011-0020-7
- Deacon, B., Lickel, J. et Abramowitz, J.S. (2008). Medical utilization across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (2), 344-350. doi:10.1016/j.janxdis.2007.03.004
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. et Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV*. Albany, New York: University of Albany, Phobia and anxiety disorders clinic center for stress and anxiety disorders.
- Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Claxton, K., Stoddart, G. L. et Torrance, G. W. (2015). *Methods for the economic evaluation of health care programmes* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- DuPont, R. L., Rice, D. P., Miller, L. S., Shiraki, S. S., Rowland, C. R. et Harwood, H. J. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*, 2(4), 167-172. doi:10.1002/(SICI)1522-7154(1996)2:4<167::AID-ANXI2>3.0.CO;2-L
- Grant, B. F., Hasin, 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 (12), 1747-1759. doi:10.1017/S003329170500606
- 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. doi:10.4088/JCP.v60n0702
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., ... Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38 (8), 602-612.

- Hoffman, D. L., Dukes, E. M. et Wittchen, H.-U. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 72-90. doi:10.1002/da.20257
- Hunsley, J. (2003). Cost-Effectiveness and Medical Cost-Offset Considerations in Psychological Service Provision. *Canadian Psychology*, 44, 61-73. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0085818
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G. et Lapsley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 34, 19-35. doi:10.1017/S003329170300881X
- Jacobi, F., Wittchen, H. U., Höltling, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34(04), 597-611. doi:10.1017/S0033291703001399
- Jefferson, T., Demicheli, V. et Mugford, M. (2000). *Elementary Economic Evaluation in Health Care* (2nd ed.). London: BMJ Books.
- Jo, C. (2014). Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods. *Clinical and molecular hepatology*, 20(4), 327-337. doi:http://dx.doi.org/10.3350/cmh.2014.20.4.327
- Katon, W., Russo, J., Sherbourne, C., Stein, M. B., Craske, M., Fan, M. Y. et Roy-Byrne, P. (2006). Incremental cost-effectiveness of a collaborative care intervention for panic disorder. *Psychological Medicine*, 36(3), 353-363. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291705006896
- Katzman, M. A., Bleau, P., Blier, P., Chokka, P., Kjernisted, K., Van Ameringen, M. et the Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada / Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University (2014). Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BioMed Central Psychiatry*, 14, 1-83. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1
- Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K. et Wittchen, H. U. (2010). Epidemiology of anxiety disorders. In M. B. Stein, & T. Steckler (Eds.), *Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment* (vol.2, pp. 21-35). Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/7854_2009_9

- Koerner, N. et Dugas, M. J. (2008). An investigation of appraisals in individuals vulnerable to excessive worry: The role of intolerance of uncertainty. *Cognitive Therapy and Research*, 32(5), 619-638. doi:10.1007/s10608-007-9125-2
- Koerner, N., Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J. et Marchand, A. (2004). The economic burden of anxiety disorders in Canada. *Canadian Psychology*, 45 (3), 191-224. doi:http://dx.doi.org/10.1037/h0088236
- Konnopka, A., Leichsenring, F., Leibing, E. et König, H.-H. (2009). Cost-of-illness studies and cost-effectiveness analyses in anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 114, 14-31. doi:10.1016/j.jad.2008.07.014
- Labrecque, J., Dugas, M. J., Marchand et A., Letarte, A. (2006). Cognitive-behavioral therapy for comorbid generalized anxiety disorder and panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 30(4), 383-410. doi:10.1177/0145445504265277
- Labrecque, J., Marchand, A., Dugas, M. J. et Letarte, A. (2007). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for comorbid panic disorder with agoraphobia and generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 31(5), 616-637. doi:10.1177/0145445507301132
- Ladouceur, R., Gosselin, P. et Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (9), 933-941. doi:10.1016/S0005-7967(99)00133-3
- Leon, A. C., Olfson, M. et Portera, L. (1997). Service utilization and expenditures for the treatment of panic disorder. *General Hospital Psychiatry*, 19(2), 82-88. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(96)00154-5
- Lépine, J.-P. (2002). The epidemiology of anxiety disorders: Prevalence and societal costs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (14), 4-8.
- Logue, M. B., Thomas, A. M., Barbee, J. G., Hoehn-Saric, R., Maddock, R. J., Schwab, J., ... Beitman, B. D. (1993). Generalized anxiety disorder patients seek evaluation for cardiological symptoms at the same frequency as patients with panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 27, 55-59. doi :10.1016/0022-3956(93)90049-8

- Maier, W., Gänssicke, 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. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.101001029.x
- Marchand, A., Germain, V., Reinharz, D., Mainguy, N. et Landry, P. (2004). Analyse des coûts et de l'efficacité d'une psychothérapie pour le Trouble panique avec agoraphobie versus un traitement combinant la pharmacothérapie et la psychothérapie. *Santé mentale au Québec*, 29(2), 201-220. doi:10.7202/010837ar
- Marciniak, M. D., Lage, M. J., Dunayevich, E., Russell, J. M., Bowman, L., Landbloom, R. P. et Levine, L. R. (2005). The cost of treating anxiety: The medical and demographic correlates that impact total medical costs. *Depression and Anxiety*, 21 (4), 178-184. doi:10.1002/da.20074
- McEvoy, P. M., Nathan, P. et Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 20-33. doi:10.1891/0889-8391.23.1.20
- McHugh, R. K., Otto, M. W., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. et Woods, S. W. (2007). Cost-efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (7), 1038-1044.
- McManus, F., Shafran, R. et Cooper, Z. (2010). What does a transdiagnostic approach have to offer the treatment of anxiety disorders?. *British Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 491-505. doi:10.1348/014466509X476567
- Michael, T., Zetsche, U. et Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry*, 6(4), 136-142. doi:10.1016/j.mppsy.2007.01.007
- Miller, N. E. et Magruder, K. M. (1999). *Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers*. New York: Oxford University Press.
- Mitte, K. (2005). A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia. *Journal of affective disorders*, 88, 27-45. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.003
- Newman, M. G., Przeworski, A., Fisher, A. J. et Borkovec, T. D. (2010). Diagnostic comorbidity in adults with generalized anxiety disorder: Impact of

- comorbidity on psychotherapy outcome and impact of psychotherapy on comorbid diagnoses. *Behavior Therapy*, 41, 59-72.
doi:10.1016/j.beth.2008.12.005
- Nutt, D., Argyropoulos, S., Hood, S. et Potokar, J. (2006). Generalized anxiety disorder: a comorbid disease. *European neuropsychopharmacology*, 16, S109-S118. doi:10.1016/j.euroneuro.2006.04.003
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M. et Tolin, D. F. (2007). Quality of life in the anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27 (5), 572-581. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.015
- Olthuis, J. V., Stewart, S. H., Watt, M. C., Sabourin, B. C. et Keogh, E. (2012). Anxiety sensitivity and negative interpretation biases: their shared and unique associations with anxiety symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(3), 332-342. doi:10.1007/s10862-012-9286-5
- Otto, M. W., Pollack, M. H., et Maki, K. M. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 556-563. doi:10.1037/0022-006X.68.4.446
- Park, Y. L., Kim, W., Chae, J. H., Oh, K. S., Frick, K. D. et Woo, J. M. (2014). Impairment of work productivity in panic disorder patients. *Journal of affective disorders*, 157, 60-65.
doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.021
- Pilowsky, D. J., Olfson, M., Gameroff, M. J., Wickramaratne, P., Blanco, C., Feder, A., ... Weissman, M. M. (2006). Panic disorder and suicidal ideation in primary care. *Depression and Anxiety*, 23, 11-16. doi:10.1002/da.20092
- Poirier-Bisson, J., Marchand, A., Pelland, M. E., Lessard, M. J., Dupuis, G., Fleet, R. et Roberge, P. (2013). Incremental cost-effectiveness of pharmacotherapy and two brief cognitive-behavioral therapies compared with usual care for panic disorder and noncardiac chest pain. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201 (9), 753-759. doi:10.1097/NMD.0b013e3182a2127d
- Provencher, M. D., Ladouceur, R. et Dugas, M. J. (2006). La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée : prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 91-99.
- Rathgeb-Fuetsch, M., Kempter, G., Feil, A., Pollmächer, T. et Schuld, A. (2011). Short- and long- term efficacy of cognitive behavioral therapy for DSM-IV panic disorder in patients with and without severe psychiatric comorbidity.

Journal of Psychiatric Research, 45, 1264-1268.
doi:10.1016/j.jpsychires.2011.03.018

- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedsäter, H., Locklear, J., Stoeckl Matterna, M., ... Montgomery, S. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of Affective Disorders*, 140, 103-112. doi:10.1016/j.jad.2011.11.014
- 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(4), 321-330. doi:10.1007/s00127-010-0186-2
- Roberge, P., Fournier, L., Menear, M. et Duhoux, A. (2014). Access to psychotherapy for primary care patients with anxiety disorders. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(2), 60-67. doi:10.1037/a0036317
- Roberge, P., Marchand, A., Reinhartz, D., Cloutier, K., Mainguy, N., Miller, J.-M., ... Turcotte, J. (2005). Healthcare utilization following cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(2), 79-88. doi:10.1080/16506070510008443
- Roberge, P., Marchand, A., Reinhartz, D., Marchand, L. et Cloutier, K. (2004). Évaluation économique de la thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. *Canadian Psychology*, 45(3), 202-218.
- Roberge, P., Normand-Lauzière, F., Raymond, I., Luc, M., Tanguay-Bernard, M. M., Duhoux, A., ... Fournier, L. (2015). Generalized anxiety disorder in primary care: mental health services use and treatment adequacy. *BMC family practice*, 16, 1-11. doi:10.1186/s12875-015-0358-y
- Rovira, J., Albarracín, G., Salvador, L., Rejas, J., Sánchez-Iriso, E. et Cabasés, J. M. (2012). The cost of generalized anxiety disorder in primary care settings: results of the ANCORA study. *Community mental health journal*, 48(3), 372-383. doi:10.1007/s10597-012-9503-4
- Roy-Byrne, P. P., Davidson, K. W., Kessler, R. C., Asmundson, G. J., Goodwin, R. D., Kubzansky, L., ... Stein, M. B. (2008). Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General hospital psychiatry*, 30(3), 208-225. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.12.006

- Roy-Byrne, P. P., Wagner, A. W. et Schraufnagel, T. J. (2005). Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(4), 16-22.
- Salvador-Carulla, L., Segui, J., Fernandez-Cano, P. et Canet, J. (1995). Costs and offset effect in panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 166(27), 23-28.
- Sandelin, R., Kowalski, J., Ahnemark, E. et Allgulander, C. (2013). Treatment patterns and costs in patients with generalised anxiety disorder: One-year retrospective analysis of data from national registers in Sweden. *European Psychiatry*, 28(2), 125-133. doi: doi:10.1016/j.eurpsy.2012.02.003
- Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P. et Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100-113.
- Souëtre, E., Lozet, H., Cimarosti I., Martin, P., Chignon, J. M., Adès, J., ... Darcourt G. (1994). Cost of anxiety disorders: impact of comorbidity. *Journal of Psychometric Research*, 38(supp.1), 151-160. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90145-7](http://dx.doi.org/10.1016/0022-3999(94)90145-7)
- Starcevic, V. et Berle, D. (2006). Cognitive specificity of anxiety disorders: a review of selected key constructs. *Depression and Anxiety*, 23(2), 51-61. doi:10.1002/da.20145
- Sturm, R., Unützer, J. et Katon, W. (1999). Effectiveness research and implications for study design: sample size and statistical power. *General Hospital Psychiatry*, 21(4), 274-283. doi:10.1016/S0163-8343(99)00024-9
- Tarricone, R. (2006). Cost-of-illness analysis: what room in health economics?. *Health policy*, 77, 51-63. doi:10.1016/j.healthpol.2005.07.016
- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G. et Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavioral Therapy*, 33 (4), 493-509. doi:10.1016/S0005-7894(02)80013-2
- Vallerand, R. J. et Hess, U. (2000). *Méthodes de recherche en psychologie*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur.
- Vermani, M., Marcus, M. et Katzman, M. A. (2011). Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: A descriptive, cross-sectional study. *The*

Primary Care Companion to CNS Disorders, 13(2), 493-509.
doi:10.4088/PCC.10m01013

Weisberg, R. B., Beard, C., Moitra, E., Dyck, I. et Keller, M. B. (2014). Adequacy of treatment received by primary care patients with anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 31(5), 443-450. doi:10.1002/da.22209

Wittchen, H. U., Kessler, R. C., Beesdo, K., Krause, P. et Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(8), 24-34.